Addendum I, Rev. 1

al Proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013
Organización Panamericana de la Salud

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA AUMENTAR LAS CONTRIBUCIONES SEÑALADAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 3

I. VALOR AGREGADO DE LA OPS PARA SUS ESTADOS MIEMBROS 4

II. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DEL AUMENTO DE LAS CONTRIBUCIONES SEÑALADAS 5

Repercusión del costo de los puestos de plazo fijo en el presupuesto ordinario 6
Contribuciones señaladas 8
Escenario A (aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas)
Escenario B (aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas)
Escenario C (aumento de 0% en las contribuciones señaladas)
Escenario D (aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas)
Ilustración del efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país 13

III. REPERCUSIÓN NEGATIVA PREVISTA EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS 14

IV. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD 35

La fuerza Laboral de la OSP y tendencias del presupuesto ordinario 35
Tendencias en el financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS 36
Tendencia del Programa y Presupuesto total de la OPS/OMS 38
Fuerza laboral: eficiencia y productividad 40
Mayor eficiencia y contención de costos 42

V. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL 44

Avance hacia el logro de los Objetivos Estratégicos (OE) 44
Ejecución presupuestaria 55
Estado de la brecha no financiada 56

SIGLAS 58

GLOSARIO 59

ANEXOS

Anexo 1. **Escenario A** (aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas) Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país 62

Anexo 2. **Escenario B** (aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas) Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país 63

Anexo 3. **Escenario C** (aumento de 0% en las contribuciones señaladas) Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país 64

Anexo 4. **Escenario D** (aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas) Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país 65

Anexo 5. Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico 66

INTRODUCCIÓN

1. El proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013 se presenta con una reducción de $16,2 millones[1] con respecto al Programa y Presupuesto 2010-2011 (de $642,9 millones a $626,7 millones). Este proyecto de Programa y Presupuesto es el último del Plan Estratégico de la OPS 2008–2012 y de los compromisos de la Organización para la consecución de las metas para el 2013 acordadas en el Plan Estratégico. También considera el marco de la gerencia basada en resultados (GBR) y reconoce los escenarios de movilización de recursos para el próximo bienio.

2. En la elaboración del proyecto de Programa y Presupuesto, se consideraron los siguientes criterios para establecer el presupuesto total y distribuirlo entre los Objetivos Estratégicos (OE) (en el anexo 5 se presenta el análisis detallado):

a) Ejecución programática en el bienio 2008-2009 y hasta diciembre del 2010. En el 2008-2009, la Organización alcanzó 85% de las metas de sus indicadores de Resultados Previstos a nivel Regional para ese bienio, y utilizó 84% ($525 millones) del Programa y Presupuesto de 2008-2009 ($626 millones).

b) Convergencia del presupuesto con la asignación de prioridades programáticas según se establece en el Plan Estratégico de la OPS. En el 50.º Consejo Directivo, en septiembre del 2010, los Estados Miembros también solicitaron que se realizara esta convergencia.

c) Contribución de los OE al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a la Agenda de Salud para las Américas. También se consideraron las prioridades estipuladas en las Estrategias de Cooperación en los Países.

d) La tasa de ejecución presupuestaria y la movilización de recursos (medida por la reducción de la brecha de financiamiento) por cada OE.

3. En este documento se presentan cinco aspectos de la justificación de la Oficina. En la primera parte se expone el valor agregado de la Organización para sus Estados Miembros. En la segunda parte se expone la necesidad general del aumento de las contribuciones señaladas y se muestran tres escenarios y su repercusión relativa sobre la porción del presupuesto que no corresponde a los puestos de plazo fijo (no PPF).

4. En la tercera parte se expone un resumen de la repercusión negativa prevista en los programas de cooperación técnica de la OPS si se considera un aumento de 0% de las contribuciones señaladas (escenario C). Varias intervenciones importantes estarían en riesgo en este escenario, las cuales se presentan dentro del contexto de los Objetivos Estratégicos.

5. En la cuarta parte se presenta el esfuerzo sistemático de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) a lo largo del tiempo para ejercer la disciplina presupuestaria mediante la reducción del número de puestos (en especial de los puestos de plazo fijo). El análisis demuestra un aumento de la productividad en comparación con el bienio anterior, a pesar de la reducción constante de la fuerza laboral.

6. En la quinta parte se presentan los esfuerzos de desempeño tanto programático como presupuestario de la OSP para aplicar el marco de la gerencia basada en resultados solicitado por los Estados Miembros, especialmente para asegurar el logro de las metas fijadas en el Plan Estratégico. El bienio 2012-2013 es particularmente importante ya que es el último período de dos años dentro del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 y representa la última oportunidad para hacer cualquier ajuste necesario, fundamentado en análisis y datos probatorios, a fin de asegurar que, para el 2013, se logren las metas y los resultados previstos a nivel regional.

[1] A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

I. VALOR AGREGADO DE LA OPS PARA SUS ESTADOS MIEMBROS

7. Desde su fundación en 1902, la OPS se ha constituido en un foro para definir y unificar esfuerzos y lograr el consenso entre los países de la Región de las Américas en materia de salud pública.

8. Como principal organismo intergubernamental en materia de salud, la OPS puede movilizar recursos eficazmente tanto de contribuciones señaladas como voluntarias provenientes de diferentes fuentes. Las contribuciones señaladas provenientes de las cuotas establecidas para cada Estado Miembro se transfieren a los países para ejecutar programas de cooperación técnica, según la Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada por los Cuerpos Directivos de la OPS, en virtud de la cual se otorgan proporcionalmente más recursos a aquellos países que tienen mayores necesidades para mejorar la salud y el bienestar de sus habitantes.

9. Dadas la credibilidad y la gestión transparente de los recursos, la OPS puede además movilizar contribuciones voluntarias de diferentes fuentes de financiamiento para reforzar su cooperación técnica con los Estados Miembros. Además, la Organización puede recurrir a expertos tanto de la Oficina como de los centros colaboradores y otros organismos especializados para apoyar a los Estados Miembros en los temas de interés común.

10. La Organización además ofrece un valor agregado en las siguientes áreas:

a) Ejercer influencia en la agenda sanitaria mundial para hacer valer sus perspectivas e intereses, además de intercambiar sus experiencias.

b) Exportar su imagen de bienestar y buen desempeño de los sistemas de salud de la Región para favorecer un clima de inversiones y promover el turismo.

c) Facilitar el acceso oportuno y permanente a vacunas, medicamentos y otros insumos de buena calidad y a los mejores precios posibles por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización, del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y de las compras reembolsables de la OPS.

d) Promover el acceso a bases de datos y foros científicos a nivel mundial.

e) Participar en iniciativas interpaíses que han logrado éxitos históricos en la eliminación y control de varias enfermedades a nivel continental y mundial.

f) Brindar apoyo en forma de respuesta inmediata ante desastres, emergencias y brotes epidémicos a fin de fortalecer los sistemas de vigilancia y los servicios de salud, con miras a reducir la vulnerabilidad de la población y mitigar los efectos de las catástrofes naturales o provocadas por el hombre y las epidemias.

g) Participar en los sistemas mundiales de vigilancia, notificación y control de enfermedades y recibir sus beneficios.

h) Formulación de un programa de políticas e investigación que aborde los problemas prioritarios de salud pública de la Región.

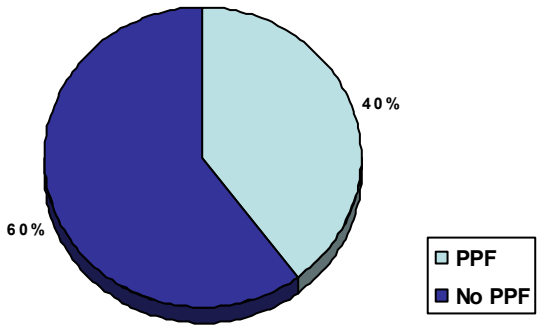
i) La OPS tiene una larga trayectoria brindando apoyo a la formación de recursos humanos para la salud en la Región. La Organización presta cooperación técnica directa a los Estados Miembros con sus recursos humanos propios pero, además, facilita la movilización de recursos humanos nacionales de los Estados Miembros, los centros colaboradores especializados y de otras regiones de la OMS para cerrar las brechas a nivel nacional, al tiempo que se crea la capacidad nacional en ámbitos clave.

II. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DEL AUMENTO DE LAS CONTRIBUCIONES SEÑALADAS

11. Se presenta el proyecto de Programa y Presupuesto con la perspectiva de lograr las metas establecidas en el Plan Estratégico para el año 2013. El presupuesto se basa en el análisis de costos del trabajo que debe emprenderse para cumplir con estos compromisos. En el escenario D, el Programa se financiará un 46% a partir del presupuesto ordinario y 54% con fondos de otras fuentes, de los cuales la mayoría (cerca de 90%) están destinadas a fines específicos. Esta proporción entre el presupuesto ordinario y los fondos de otras fuentes es crucial para mantener el equilibrio que garantice el cumplimiento de los mandatos colectivos de la Organización al mismo tiempo que se responde a las prioridades de los Estados Miembros. Aunque es difícil prever cuál será el nivel de los recursos que se movilizarán considerando la crisis económica predominante y teniendo en cuenta que puede haber una reducción general en el componente de las contribuciones voluntarias de AMRO, la Oficina hará todos los esfuerzos posibles para movilizar el nivel de recursos necesarios a fin de ejecutar eficazmente su Programa 2012-2013. Es importante señalar que el nivel propuesto del presupuesto ordinario es esencial para mantener la gobernanza de la Organización, incluidas sus funciones básicas y habilitadoras, la flexibilidad para abordar las prioridades y la capacidad de movilizar los recursos adicionales necesarios para ejecutar eficazmente el Programa.

12. En la figura 1 se muestra que el costo total calculado de los puestos de plazo fijo (PPF) para el bienio 2012-2013 es de 40% y que 60% corresponde al componente no PPF del Programa en su totalidad. Esto incluye puestos de plazo fijo financiados con el presupuesto ordinario así como de otras fuentes. Esta razón indica que la Oficina tendrá un equilibrio adecuado de fondos operativos para ejecutar las actividades (no PPF) para la cooperación técnica.

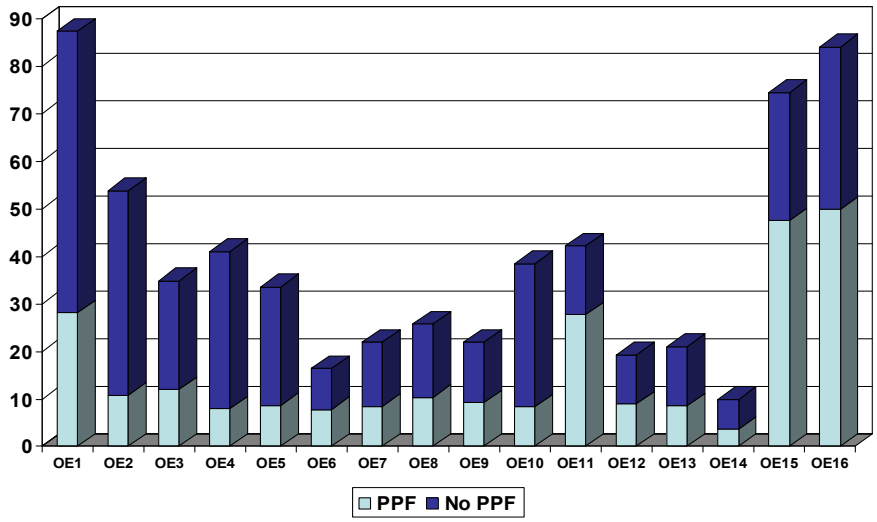
Figura 1
Proporción PPF y no PPF del proyecto de Programa y Presupuesto (todas las fuentes de financiamiento)



13. En la figura 2 se muestra el financiamiento por objetivo estratégico y la proporción presupuestaria de los componentes PPF y no PPF. La proporción del presupuesto PPF y no PPF por objetivo estratégico varía como se muestra en la figura 2, lo que demuestra que, según sea la naturaleza del objetivo estratégico, las metas podrían lograrse con distintas proporciones del presupuesto PPF y no PPF. Todos los objetivos estratégicos (a excepción del 11, el 15 y el 16) tienen una proporción importante de financiamiento no PPF, lo que permite demostrar, por lo tanto, que habrá suficientes fondos para los propósitos operativos. Cabe destacarse que los

Objetivos Estratégicos 15 y 16 requieren menos fondos no PPF puesto que cubren funciones habilitadoras que prestan apoyo a la ejecución de las funciones básicas de los Objetivos Estratégicos 1 al 14. En el caso del Objetivo Estratégico 11 (fortalecer el liderazgo y la gobernanza de los sistemas de salud), una parte importante del componente no PPF se complementa con fondos que se encuentran en los Objetivos Estratégicos 10, 13 y 14, que cubren áreas conexas de los sistemas y servicios de salud.

Figura 2
Proporción PPF y no PPF del proyecto de Programa y Presupuesto
(todas las fuentes de financiamiento en miles de dólares de los EE.UU.)



Repercusión del costo de los puestos de plazo fijo en el presupuesto ordinario

14. El presupuesto ordinario (PO) comprende dos componentes principales: el presupuesto asignado a los puestos de plazo fijo (PPF) y la porción del presupuesto que no está asignada a los puestos de plazo fijo (no PPF). El presupuesto para los PPF incluye todos los costos asociados con cargos de plazo fijo aprobados para un período particular del presupuesto. El presupuesto no PPF incluye todos los otros costos no relacionados con los PPF. Estos pueden ser: **a) costo de actividades no PPF:** actividades programáticas y operativas, como gastos para viajes, reuniones, publicaciones, cursos y seminarios, y gastos generales de operación; y **b) costo del personal no PPF:** personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo.

15. Un paso clave para proyectar con exactitud las necesidades presupuestarias futuras es calcular el costo total de los puestos de plazo fijo (PPF) necesarios para llevar a cabo el programa de trabajo. Los aumentos en el costo de los PPF se basan en datos actuales y en las tendencias previsibles.

16. El costo de los PPF depende de los siguientes factores:

a) Aumentos reglamentarios debidos a modelos de sucesión normales (cambios en el grado del personal o aumentos anuales escalonados; los aumentos anuales escalonados se otorgan sujetos a un desempeño satisfactorio).

b) Aumentos reglamentarios debidos al alza del costo del seguro de salud del personal, contribuciones al fondo de pensiones, ajustes por costo de vida aprobados por la Comisión de Administración Pública Internacional de las Naciones Unidas y otros costos que están fuera del control de la Oficina. Estos aumentos no contemplan aumentos de sueldos, los cuales se han mantenido virtualmente congelados en términos reales durante los últimos 12 a 15 años.

c) Aumento o disminución resultante de la inflación, debido al impacto de la tasa de cambio que se manifiesta por la conversión a dólares de los sueldos denominados en moneda nacional, o a través de cambios en el reajuste por lugar de destino para los sueldos del personal profesional.

d) Aumentos o disminuciones resultantes de la inflación debidos a cambios en el número absoluto de PPF en ciertos lugares de destino.

17. Un análisis acerca de los costos reales correspondientes al 2010 para los PPF financiados con el presupuesto ordinario reveló que el presupuesto para los PPF tiene un déficit de 6,1%. En el bienio 2010-2011, se necesitará la cantidad de $206.200.000. En el cuadro 1 que figura a continuación se compara la cantidad presupuestada para los PPF del presupuesto ordinario incluida en el presupuesto aprobado para el 2010-2011 con la proyección actual para el 2010-2011 basada en los costos reales del 2010.

Cuadro 1. Comparación del presupuesto aprobado de los PPF con los costos reales para el 2010-2011

Presupuesto ordinario de los PPF 2010-2011	Costo real de los PPF 2010−2011*	Cambio %
$194.300.000	$206.200.000	6,1%

* Calculado con datos de la nómina de sueldos de diciembre del 2010 y proyectado hasta el final del bienio 2010−2011

18. Sin embargo, se necesita otro aumento de 2% al costo real de los PPF para los aumentos reglamentarios previstos en el 2012-2013, con lo cual el presupuesto de los PPF asciende a $210,3 millones (véase el cuadro 2).

Cuadro 2. Comparación de los costos reales de los PPF para el 2010-2011 con los costos calculados para el 2012-2013

Costo Real de los PPF 2010-2011	Costo calculado para los PPF 2012-2013	Cambio %
$206.200.000	$210.300.000	2%

19. En los últimos años, la caída del precio del dólar de los Estados Unidos a nivel mundial ha sido el principal factor contribuyente al aumento del costo de los PPF calculados en dólares. Esto es válido para los puestos de servicios generales, particularmente en países donde los sueldos se denominan en monedas nacionales distintas al dólar de los Estados Unidos, y para los puestos de nivel profesional debido a los aumentos significativos del reajuste por lugar de destino ordenados

por la Comisión de Administración Pública Internacional de las Naciones Unidas para la mayoría de los lugares de destino en la Región.

20. Durante el bienio 2010-2011, de acuerdo con las medidas de disciplina presupuestaria, la Directora de la Oficina redujo otros 18 puestos de plazo fijo (20 que se suprimieron a nivel regional y 2 puestos nuevos que se crearon a nivel subregional), lo que representa un ahorro de $4,9 millones. A pesar de este esfuerzo, el costo real de los PPF ha aumentado 6,1% (a $206,2 millones) como se mencionó anteriormente. La Oficina está vigilando y administrando la situación cuidadosamente con objeto de que la ejecución de los programas esté distribuida en forma equilibrada entre los componentes PPF y no PPF del presupuesto, a fin de reducir al mínimo toda repercusión negativa en el logro de los resultados previstos para el bienio en curso**.** (Nota: En vista de las tendencias actuales del dólar de los Estados Unidos, es probable que los costos reales del 2012−2013 sean superiores a los calculados; sin embargo, como ya se dijo, los aumentos de costos agregados basados en conjeturas acerca de los indicadores económicos futuros no se tienen en cuenta en la cifra de costos de los PPF.)

21. La tendencia continua en la devaluación del dólar de los Estados Unidos, que ha desempeñado un papel importante en los aumentos excesivos de los costos experimentados durante los bienios pasados, sigue revirtiéndose contra la mayoría de las monedas de América Latina y el Caribe. El efecto total de los factores inflacionarios y de la devaluación del dólar de los Estados Unidos sobre el componente no PPF del presupuesto ordinario de la OPS para el bienio en curso se calcula en aproximadamente $3,6 millones, que se están absorbiendo en el presupuesto del bienio en curso.

Contribuciones señaladas

22. Para determinar el nivel del presupuesto ordinario 2012-2013 propuesto, se consideraron tres escenarios de financiamiento: el escenario A, recuperación total de los costos (un aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas); el escenario B, recuperación parcial de los costos (un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas); y el escenario C, ningún aumento en las contribuciones señaladas. En la 148.ª sesión del Comité Ejecutivo se solicitó otro escenario que incluyese un nivel intermedio de contribuciones señaladas entre los escenarios B y C, y en el que se mantuviese el crecimiento nominal cero del presupuesto ordinario general y hubiera una reducción aún mayor en el costo de los PPF. Por esta razón, la Oficina está presentando un nuevo escenario, el D, con un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas.

23. Los escenarios A y B consideran un presupuesto de PPF de $210,3 millones. En esta cifra se incluye la eliminación de 18 puestos de plazo fijo, lo que representa una disminución de $4,9 millones del proyecto de presupuesto de PPF. En estos dos escenarios el financiamiento propuesto proveniente de los ingresos varios se calcula en $15 millones y la proporción de AMRO permanece constante en $80,7 millones según lo aprobado por la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud.

24. En los escenarios C y D se considera un presupuesto de PPF de $209,4 millones. En esta cifra se incluye la eliminación de 21 puestos de plazo fijo, lo que representa una disminución de $5,8 millones del proyecto de presupuesto de PPF. En estos dos escenarios el financiamiento propuesto proveniente de los ingresos varios se calcula en $12 millones sobre la base de la proyección financiera más reciente disponible y la proporción de AMRO permanece constante en $80,7 millones según lo aprobado por la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud.

25. En el **escenario A** (recuperación total de los costos) se considera un aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas; según este escenario, quedarían compensados todos los costos

inflacionarios y reglamentarios tanto para el componente PPF como para el componente no PPF, lo que representa un presupuesto general de $301,7 millones.

Cuadro 3. Escenario A: Recuperación total de los costos (en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010–2011		2010–2011 ajustado		2012–2013		
	Programa y Presupuesto aprobado	Aumento de costos	Total	% de aumento	Aumento de costos	Total	% de aumento
PPF	194.300	11.900	206.200	6,1%	16.000	210.300	8,2%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	3.600	96.400	3,9%
Total	**287.100**	**15.500**	**302.600**	**5,4%**	**19.600**	**306.700**	6,8%
					Reducción de ingresos varios	(5.000)	
					Proyecto de presupuesto 2012-2013	301.700	

26. Con este nivel de aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de las actividades operativas, incluido el personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) se reduciría en 15,5% en términos generales, en comparación con el bienio 2010-2011.

Cuadro 4. Proyecto de presupuesto ordinario para el 2012-2013 Escenario A (en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011 $	Cambio $	2012-2013 $	Porcentaje %
A financiarse por:				
Contribuciones señaladas	**186.400**	19.600	**206.000**	**10,5%**
Ingresos varios	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud)	80.700	-	80.700	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**14.600**	**301.700**	**5,1%**
Por tipo de costo principal:				
PPF				
Costos obligatorios (reglamentarios e inflacionarios)	194.300	16.000	210.300	8,2%
Tasa por puesto ocupado*	-	12.200	12.200	6,3%
Total PPF	194.300	28.200	222.500	14,5%
No PPF (incluye variable del país)	87.800	(13.600)	74.200	-15,5%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**14.600**	**301.700**	**5,1%**
Total otras fuentes	**355.851**	**(14.600)**	**341.251**	**-4,1%**
Total presupuesto	**642.951**	**-**	**642.951**	**0,0%**

* Incluye un mecanismo para cobrar una tasa a todos los puesto financiados por la OPS a fin de financiar parcialmente el PMIS, según lo presentado al 50.º Consejo Directivo en el documento CD50/7 y lo aprobado en la resolución CD50.R10.

27. En el **escenario B** (recuperación parcial de costos) se considera un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas. Según este escenario, se recuperan solamente los costos de los PPF

financiados por la OPS; se absorben los costos inflacionarios en el presupuesto no PPF. Este escenario representa un presupuesto general de $294,5 millones.

Cuadro 5. Escenario B: Recuperación parcial de los costos
(en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010–2011		2010–2011 ajustado		2012–2013		
	Programa y Presupuesto aprobado	Aumento de costos	Total	% de aumento	Aumento de costos	Total	% de aumento
PPF	194.300	8.300	202.600	4,3%	12.400	206.700	6,4%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	**287.100**	**11.900**	**299.000**	**4,1%**	**12.400**	**299.500**	4,3%
					Reducción de ingresos varios	(5.000)	
					Proyecto de presupuesto 2012–2013	294.500	

28. Con este nivel del aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de las actividades operativas, incluso del personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) disminuiría en 23,7%, en términos generales, en comparación con el bienio 2010–2011.

Cuadro 6. Proyecto de presupuesto ordinario para el 2012-2013
Escenario B
(en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011	Cambio	2012-2013	Porcentaje
	$	$	$	%
A ser financiado por:				
Contribuciones señaladas	**186.400**	12.400	**198.800**	**6,7%**
Ingresos varios	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud)	80.700	-	80.700	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**7.400**	**294.500**	**2,6%**
Por tipo de costo principal:				
PPF				
Costos obligatorios (reglamentarios e inflacionarios)	194.300	16.000	210.300	8,2%
Tasa por puesto ocupado*	-	12.200	12.200	6,3%
Total PPF	194.300	28.200	222.500	14,5%
No PPF (incluida variable del país)	87.800	(20.800)	67.000	-23,7%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**7.400**	**294.500**	**2,6%**
Total otras fuentes	**355.851**	**(7.400)**	**348.451**	**-2,1%**
Total presupuesto	**642.951**	**-**	**642.951**	**0,0%**

* Incluye un mecanismo para cobrar una tasa a todos los puesto financiados por la OPS a fin de financiar parcialmente el PMIS, según lo presentado al 50.º Consejo Directivo en el documento CD50/7 y lo aprobado en la resolución CD50.R10.

29. En el **escenario C** se plantea que no haya ningún aumento de las contribuciones señaladas ni una compensación de los costos inflacionarios y reglamentarios. En el escenario C se considera una reducción de 2,8% en comparación con el presupuesto ordinario general del 2010-2011, de $287,1 millones a $279,1 millones. También se incluye un cálculo ajustado de $12 millones para los ingresos varios, lo que refleja la proyección financiera más reciente. Además, se eliminan otros tres puestos de plazo fijo, lo que arroja un total de 21 puestos de plazo fijo menos, que representa un ahorro de aproximadamente un millón de dólares en el componente PPF del presupuesto. Teniendo en consideración el incremento de los costos reglamentarios e inflacionarios, una reducción en el presupuesto ordinario general representa un reto enorme para la Organización en sus esfuerzos para movilizar el nivel adecuado de recursos adicionales necesario para ejecutar su Programa como se propuso originalmente en el escenario B. Por esta razón, se propone una reducción en el presupuesto de otras fuentes de $26,2 millones en comparación con el bienio 2010-2011, de $355,9 a $329,7 millones. Por lo tanto, el proyecto de presupuesto general también disminuye de $643 millones en el 2010-2011 a $608,8 millones. De conformidad con el enfoque de la gerencia basada en resultados, esta reducción requiere una reducción equivalente en el Programa, lo que ocasionaría que no se logre aproximadamente 19% de las metas del Plan Estratégico para el 2013, como se muestra en la sección III.

Cuadro 7. Escenario C: ningún aumento de las contribuciones señaladas (en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011		2010-2011 ajustado		2012-2013		
	Programa y Presupuesto aprobado	**Aumento de costos**	**Total**	**% de aumento**	**Aumento de costos**	**Total**	**% de aumento**
PPF	194.300	12.400	206.700	6,4%	-	194.300	0,0%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	**287.100**	**16.000**	**303.100**	**5,6%**	**-**	**287.100**	0,0%
					Reducción de ingresos varios	(8.000)	
					Proyecto de presupuesto 2012-2013	279.100	

30. De no haber ningún aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de las actividades operativas, incluido el personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) disminuiría en 40,2% en términos generales, en comparación con el bienio 2010-2011.

Cuadro 8. Proyecto de presupuesto ordinario para el 2012-2013
Escenario C
(en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011 $	Cambio $	2012-2013 $	Porcentaje %
A financiarse por:				
Contribuciones señaladas	**186.400**	**-**	**186.400**	**0,0%**
Ingresos varios	20.000	(8.000)	12.000	-40,0%
OMS/AMRO (Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud)	80.700	-	80.700	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**(8.000)**	**279.100**	**-2,8%**
Por tipo de costo principal:				
PPF				
Costos obligatorios (reglamentarios e inflacionarios)	194.300	15.100	209.400	7,8%
Tasa por puesto ocupado*	-	12.200	12.200	6,3%
Total PPF	194.300	27.300	221.600	14,1%
No PPF (incluida variable del país)	87.800	(35.300)	52.500	-40,2%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total otras fuentes	**355.851**	**(26.166)**	**329.685**	**-7,4%**
Por tipo de costo principal:				
PPF	36.700	2.863	39.563	7,8%
No PPF	319.151	(29.029)	290.122	-9,1%
Total presupuesto	**642.951**	**(34.166)**	**608.785**	**-5,3%**

* Incluye un mecanismo para cobrar una tasa a todos los puesto financiados por la OPS a fin de financiar parcialmente el PMIS, según lo presentado al 50.º Consejo Directivo en el documento CD50/7 y lo aprobado en la resolución CD50.R10.

31. En el **escenario D** se considera un crecimiento nominal cero en comparación con el presupuesto ordinario general de $287 millones del 2010-2011, incluido un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas. Incluye un cálculo ajustado de $12 millones para los ingresos varios, lo que refleja la proyección financiera más reciente. Además, se eliminan otros tres puestos de plazo fijo, lo que arroja un total de 21 puestos de plazo fijo menos y representa un ahorro adicional de aproximadamente un millón de dólares en el componente PPF del presupuesto. Teniendo en consideración el incremento de los costos reglamentarios e inflacionarios, un aumento de 0% en el presupuesto ordinario general representa un reto enorme para la Organización en sus esfuerzos de movilizar el nivel adecuado de recursos adicionales necesario para ejecutar su Programa como se proponía originalmente en el escenario B. Por esta razón, se propone una reducción en el presupuesto de otras fuentes de $16,2 millones con respecto al bienio 2010-2011, de $355,9 a $339,6 millones. Por lo tanto, el presupuesto general propuesto también disminuye de $643 millones en el 2010-2011 a $626,7 millones. De conformidad con el enfoque de la gerencia basada en resultados, esta reducción requiere una reducción equivalente en el Programa, lo que ocasionará que no se logre aproximadamente un 9% de las metas del Plan Estratégico para el 2013. Se realizará un análisis mayor a fin de determinar cuáles de los indicadores de los resultados previstos a nivel regional incluidos en la sección III no se lograrán en este escenario.

32. Con este nivel de aumento de las contribuciones señaladas, el componente no PPF del presupuesto (costo de las actividades operativas, incluido el personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) disminuiría en 31,1% en términos generales en comparación con el bienio 2010-2011.

Cuadro 9. Proyecto de presupuesto ordinario para el 2012-2013
Escenario D: crecimiento nominal cero del presupuesto ordinario
(en miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011	Cambio	2012-2013	Porcentaje
	$	$	$	%
A financiarse por:				
Contribuciones señaladas	**186.400**	**8.000**	**194.400**	**4,3%**
Ingresos varios	20.000	(8.000)	12.000	-40,0%
OMS/AMRO (Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud)	80.700	-	80.700	0,0%
Total presupuesto ordinario	**287.100**	**-**	**287.100**	**0,0%**
Por tipo de costo principal:				
PPF				
Costos obligatorios (reglamentarios e inflacionarios)	194.300	15.100	209.400	7,8%
Tasa por puesto ocupado*	-	12.200	12.200	6,3%
Total PPF	194.300	27.300	221.600	14,1%
No PPF (incluida variable del país)	87.800	(27.300)	60.500	-31,1%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total otras fuentes	**355.851**	**(16.226)**	**339.625**	**-4,5%**
Por tipo de costo principal:				
PPF	36.700	2.863	39.563	7,8%
No PPF	319.151	(19.089)	300.062	-6,0%
Total presupuesto	**642.951**	**(16.226)**	**626.725**	**-2,5%**

* Incluye un mecanismo para cobrar una tasa a todos los puesto financiados por la OPS a fin de financiar parcialmente el PMIS, según lo presentado al 50.º Consejo Directivo en el documento CD50/7 y lo aprobado en la resolución CD50.R10.

Ilustración del efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país

33. En esta sección se ilustra el efecto específico en los países de las contribuciones señaladas propuestas, en comparación con la asignación de los recursos del presupuesto ordinario a los países debido al aumento del presupuesto ordinario general. Los techos del presupuesto ordinario 2012-2013 para la distribución porcentual de las asignaciones en lo esencial no cambiarían con respecto a los del bienio 2010-2011.

34. En los anexos 1 a 4 se presentan cuatro cuadros que muestran esta comparación en términos de cuatro escenarios diferentes: en el anexo 1 se muestra el escenario A, con un aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas; en el anexo 2 se muestra el escenario B, con un aumento de 6,7% de las contribuciones señaladas; en el anexo 3 se muestra el escenario C, sin aumento de las contribuciones señaladas; y en el anexo 4 se muestra el escenario D, con un aumento de 4,3% de las contribuciones señaladas.

III. REPERCUSIÓN NEGATIVA PREVISTA EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS EN EL ESCENARIO C

35. A continuación se presenta un análisis de la repercusión programática negativa prevista por Objetivo Estratégico (OE) bajo la hipótesis más desfavorable, la C (aumento de 0% de las contribuciones señaladas). Esto incluye una lista de las metas de los indicadores para los resultados previstos a nivel regional (RPR) que se verían más afectadas (véase el cuadro 9). Según el análisis, se prevé que cerca de 19% (48 de 256) de las metas de los indicadores de los RPR se verían afectadas bajo este escenario. Los Objetivos Estratégicos 15 y 16 serán los más afectados, debido a que las funciones facilitadoras abarcadas por estos objetivos estratégicos se financian principalmente con fondos del presupuesto ordinario. Del programa de cooperación técnica, los Objetivos Estratégicos 1, 2, 4 y 11 tendrán el mayor número de metas de los indicadores de los RPR afectadas.

36. En la elaboración de este análisis se utilizaron las siguientes consideraciones y supuestos:

a) No habrá ninguna reducción más en los puestos de plazo fijo, diferente a la de los 18 puestos ya reflejados en el proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013. Esto es fundamental para responder a los compromisos y las prioridades establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012. Mantener los puestos existentes de plazo fijo quizá sea un reto dado el costo cada vez mayor de la cooperación técnica y de la necesidad de contar con fondos del presupuesto ordinario lo suficientemente flexibles para responder a las necesidades de los Estados Miembros.

b) Los resultados de los esfuerzos de movilización de recursos de la OPS permanecerán relativamente similares en comparación con el bienio 2010-2011, excepto para aquellos temas y RPR concretos determinados para cada uno de los objetivos estratégicos mencionados a continuación.

c) Se prevé que el financiamiento de la OMS procedente de otras fuentes permanezca en el mismo nivel que en los bienios anteriores. Sin embargo, considerando la situación financiera de la OMS, quizá haya una reducción de la asignación de recursos a AMRO. Debido a que estos fondos se asignan en el transcurso del bienio, el nivel de financiamiento solo podrá confirmarse durante la ejecución del Programa y Presupuesto correspondiente al 2012-2013.

d) Aunque el nivel regional será el más afectado en el escenario C, las reducciones presupuestarias a nivel de país y a nivel subregional repercutirán aún más en el logro de los indicadores de los RPR, en particular de los indicadores del tipo "número de países".

e) Otros factores externos, como la devaluación en curso del dólar de los Estados Unidos, no se exacerbarán más allá de las tendencias actuales.

37. Vale la pena señalar que si bien todos los niveles de la Organización se verán afectados por cualquier reducción presupuestaria, los recursos a nivel regional serían insuficientes para brindar apoyo a las operaciones básicas según el escenario C. La repercusión en los objetivos estratégicos variará de acuerdo a cuánto dependen de los fondos del presupuesto ordinario en comparación con otras fuentes. Para los objetivos estratégicos que dependen en gran medida del financiamiento del presupuesto ordinario, estaría en riesgo la viabilidad de varias iniciativas de cooperación técnica. La situación podría exacerbarse si ocurriera una reducción del financiamiento de otras fuentes. Para fines de este análisis, se ha supuesto que el financiamiento de otras fuentes permanecería relativamente estable, como se indicó anteriormente.

38. En caso de que los fondos para cumplir los compromisos presentados en el Programa y Presupuesto para el 2012-2013 sean insuficientes, se deberán examinar las prioridades para determinar qué actividades se descontinuarán y reasignar los fondos de acuerdo con este examen. En este ejercicio también se deberá considerar el progreso logrado por los países, su capacidad interna y el apoyo prestado por otros asociados.

Objetivo Estratégico 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

39. Este objetivo estratégico se ha financiado principalmente con fondos de otras fuentes (más de 60%). Sin embargo, los fondos del presupuesto ordinario son fundamentales para cumplir con las funciones básicas. El nivel en el cual los fondos vienen destinados a un fin específico y la complementariedad con los fondos ordinarios operativos (no FTP) varían considerablemente según el tema y el programa.

40. Los fondos ordinarios se usan para mantener los indicadores (mediante la vigilancia y la participación en actividades regionales) y salvar las brechas de cooperación técnica no cubiertas con las contribuciones voluntarias. Por consiguiente, una reducción de esos fondos ocasionaría una reducción de la cooperación técnica a los países no prioritarios. Debido a que la mayoría de las contribuciones voluntarias están destinadas a una finalidad específica y, en ciertos casos, conllevan restricciones acerca del uso de los fondos en algunos países, la flexibilidad de los fondos operativos del presupuesto ordinario ayuda a mitigar esta situación.

41. También cabe subrayar que, gracias a los recursos ordinarios operativos, la Organización presta cooperación técnica inmediata en caso de emergencia, como son los brotes epidémicos.

42. En particular, según el escenario C, estarán en riesgo las actividades de cooperación técnica en las siguientes áreas:

a) sistemas de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos, en especial las infecciones contraídas en los establecimientos de atención sanitaria, así como la notificación de datos sobre el seguimiento de la vacunación;

b) investigación operativa basada en las prioridades de investigación relacionadas con las enfermedades transmisibles;

c) comprobación por la Oficina de los eventos de salud pública de importancia internacional en el plazo recomendado por el Reglamento Sanitario Internacional; y

d) respuesta de la Oficina a las solicitudes de los Estados Miembros durante emergencias o epidemias, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.

Objetivo Estratégico 2: Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

43. Este objetivo estratégico ha recibido financiamiento sustancial de fondos de otras fuentes (casi 75%). Sin embargo, cabe señalar que los fondos de otras fuentes para este objetivo han venido descendiendo en los últimos años, lo que significa que cualquier recorte en el presupuesto ordinario pondría en riesgo aún más los esfuerzos para combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

44. Este objetivo estratégico es una prioridad alta, ya que guarda relación con el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6. Hay que superar obstáculos importantes para reducir la

prevalencia de la tuberculosis, la infección por el VIH y la malaria. La disminución de los recursos financieros y humanos incidirá en la cooperación técnica destinada a lograr una respuesta sostenible, fortalecer el sector de la salud, y garantizar la disponibilidad y el uso apropiado de medicamentos y métodos de diagnóstico de alta calidad para estas enfermedades. Según el escenario C, en particular se verá afectado lo siguiente:

a) Disminuiría la cooperación técnica a los países para las actividades de prevención y tratamiento. Los esfuerzos se concentrarían en mantener los logros. Cabe señalar que las recomendaciones del tratamiento para la infección por el VIH cambiaron en el 2010, a fin de incluir criterios nuevos para iniciar el tratamiento cuando el número de linfocitos CD4 es de 350 (lo que representa un aumento significativo con respecto al nivel anterior de 200). Este cambio plantea dificultades aún mayores para el logro de la meta de 80% de cobertura del tratamiento con antirretrovíricos.

b) Se vería afectado el apoyo a los países destinado a la formulación de políticas y planes para la prevención, apoyo y tratamiento de los casos de infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria, debido a la reducción de recursos humanos y financieros.

c) Se vería afectado significativamente el apoyo a los países para tener acceso a medicamentos de calidad. Por otro lado, la repercusión en el control de calidad de la sangre donada sería notable ya que los fondos no serán suficientes para mantener el programa regional de control externo, que tendría que descontinuarse. Esto significa que los países no tendrían el componente de evaluación externa del desempeño, con lo cual sería difícil cumplir con los requisitos de garantía de calidad para el tamizaje de la sangre.

d) En relación con la vigilancia epidemiológica, una reducción del presupuesto implicaría, en algunos casos, que el progreso logrado hasta el 2011 se revirtiera.

e) Una reducción de los recursos ocasionaría un retroceso en los logros alcanzados en bienios anteriores en cuanto a los mecanismos funcionales de coordinación para estas tres enfermedades, a nivel de país.

f) Los recursos para generar y promover nuevos conocimientos, herramientas e intervenciones no estarían disponibles para afrontar los retos de estas tres enfermedades.

Objetivo Estratégico 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

45. El financiamiento para este objetivo estratégico depende de una porción sustancial de fondos ordinarios (casi 60%). Además el grueso de las contribuciones voluntarias está vinculado directamente con las prioridades de los donantes y, en ciertos casos, hay restricciones a la utilización de estos fondos en algunos países. Los fondos operativos ordinarios son más flexibles y permiten salvar esta brecha.

46. Según el escenario C, se vería afectada la cooperación técnica en particular en las siguientes áreas:

a) Adopción de mecanismos de desarrollo institucional, con inclusión de los recursos humanos y económicos, capacitación adecuada y asociaciones intersectoriales para abordar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de conducta, la violencia, los traumatismo debidos a accidentes de tránsito y las discapacidades.

b) Formulación de políticas, estrategias y reglamentos relativos a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de conducta, la violencia y las discapacidades.

c) Sistemas de información con indicadores para las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de conducta, la violencia y las discapacidades. La realización de estudios de la eficacia en función de los costos de estos temas también se vería afectada.

d) Elaboración y puesta en práctica de programas multisectoriales para la promoción de la salud mental, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.

e) Integración de los programas de enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de salud, en el marco de la atención primaria de salud.

Objetivo Estratégico 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

47. Aproximadamente 50% del financiamiento de este objetivo estratégico proviene de fondos ordinarios. Son motivo de preocupación la lentitud de los avances hacia el logro del ODM 4 (reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años) y el ODM 5 (mejorar la salud materna) y, además, porque el progreso ha sido desigual entre los países y dentro de ellos. La repercusión de una reducción presupuestaria en estos ODM y sus indicadores será grave, especialmente en las poblaciones más pobres, más vulnerables, marginadas y autóctonas. Una reducción de los recursos financieros y humanos pondrá en peligro la cooperación técnica para el fortalecimiento de la respuesta de los sistemas de salud ante los retos de estos ODM. Según el escenario C, en particular, la cooperación técnica en las siguientes áreas se vería perjudicada:

a) La formulación de políticas y planes, y la promoción de la causa a lo largo de todo el ciclo de vida y las actividades para forjar asociaciones estratégicas; en algunos casos, también se limitaría la elaboración de normas.

b) Las estrategias y planes regionales sobre salud neonatal, manejo integrado de la salud del niño, salud de los adolescentes y los jóvenes, prevención de la desnutrición crónica y promoción del envejecimiento sano se ejecutarían sólo en algunos países.

c) Los recursos alcanzarían solamente para apoyar a la mitad de los países de la Región en sus actividades para el logro del ODM 4 (reducir la mortalidad de los niños) para el 2015.

d) La cooperación técnica a los países para la atención de la salud del niño y del recién nacido se vería afectada precisamente en un momento crucial para acelerar la disminución de la mortalidad neonatal, la mortalidad de menores de 1 año, y la mortalidad de menores de 5 años, de acuerdo con el compromiso con el cumplimiento del ODM 4 para el 2015. Los programas de perinatología también se verían afectados drásticamente, hasta el punto de que podrían revertirse algunos de los logros alcanzados.

e) Se vería seriamente afectada la ejecución de los planes nacionales de salud neonatal, que podrían lograr una reducción de 60% de la mortalidad de menores de 1 año, así como de las actividades clínicas y comunitarias (en la atención primaria de salud) de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), incluidas las que se realizan con las universidades. De igual manera, se prevé que la cooperación técnica para la adopción de los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS se limitaría considerablemente.

f) Se limitaría el apoyo a los planes para promover el acceso universal a la salud reproductiva en la población joven, junto con los planes de prevención de embarazos, que son fundamentales para el cumplimiento del ODM 5.

g) Los programas para el envejecimiento saludable, iniciados recientemente en la mayoría de los países, se verían afectados y no se alcanzarían las metas para el 2013.

Objetivo Estratégico 5: Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico

48. Este objetivo estratégico depende en gran medida de las contribuciones voluntarias y recibe un porcentaje muy pequeño de fondos del presupuesto ordinario (10 a 20%). La asignación de fondos básicos del presupuesto ordinario es esencial para cubrir los gastos de gestión, en especial las actividades de movilización de recursos para preparativos y respuesta, así como los gastos de operación, que no están autorizados de conformidad con los acuerdos de contribuciones voluntarias. Cualquier reducción de esta pequeña asignación pondrá en peligro la movilización exitosa de otros recursos para este objetivo estratégico, lo que a su vez repercutirá en el logro de los indicadores de los RPR puesto que se financian principalmente con las contribuciones voluntarias.

49. En resumen, la pequeña asignación del presupuesto ordinario es necesaria para permitir que el Objetivo Estratégico 5 siga siendo operativo tanto en los preparativos para casos de desastre como en las operaciones de respuesta.

Objetivo Estratégico 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud

50. La composición del presupuesto 2010-2011 aprobado para el Objetivo Estratégico 6 incluye 48% del presupuesto ordinario y 52% de otras fuentes. Dado que muchas de las actividades de cooperación técnica son financiadas con fondos no PPF del presupuesto ordinario, la repercusión negativa para este objetivo estratégico será significativa en ciertas áreas, de la siguiente manera:

a) Una disminución en los fondos repercutirá en la creación de capacidad y limitará el diseño y el apoyo para la ejecución de políticas, estrategias, planes y programas de promoción de la salud, tanto nacionales como locales. Disminuirá el número de países que podrán llevar a la práctica las redes de escuelas saludables.

b) Habrá una repercusión negativa en el número de países que fortalecen sus sistemas nacionales de vigilancia de los principales los factores de riesgo, incluida la Encuesta Mundial de Salud Escolar.

c) Para seguir luchando contra la epidemia de tabaquismo, es necesario que los países adopten y apliquen leyes nacionales de conformidad con las directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Si bien ya se alcanzó el objetivo de 2013 para la aplicación de las leyes relativas a ambientes 100% libres de humo, una reducción del presupuesto obstaculizará el apoyo complementario que necesitan los países para avanzar en la ejecución de los requisitos del Convenio Marco. Por ejemplo, la reducción del presupuesto también incidirá en el apoyo a los países para prohibir la publicidad del tabaco y para promover, patrocinar y emitir reglamentos sobre el empaquetado de productos de tabaco. Esto es fundamental, ya que la industria tabacalera ha intensificado

sus esfuerzos para interferir con este proceso. Una disminución en la cooperación técnica en esta área pondrá en riesgo la posibilidad de que los países puedan hacer frente exitosamente a esta industria poderosa. También dificultará la adhesión a las directrices de la resolución CD50.R6, aprobada en septiembre del 2010. La vigilancia del tabaco se mantendrá ya que su financiamiento proviene de otras fuentes.

d) La reducción de los fondos se traducirá en dificultades para elaborar documentos regionales y para prestar cooperación técnica eficaz relacionada con el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.

e) Los Estados Miembros recibirán cooperación técnica menos directa que afectará el número de políticas nacionales ejecutadas para promover el régimen alimentario saludable y la actividad física, así como el número de países con entornos favorables para los peatones y los ciclistas y programas de promoción de la actividad física en sus principales ciudades.

f) La Oficina Sanitaria Panamericana no podrá satisfacer las demandas de los países para apoyar los programas que promueven la atención de la salud sexual. Esto es de importancia fundamental porque es uno de los pilares para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la actividad sexual sin protección.

Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

51. La composición del presupuesto 2010-2011 aprobado para el Objetivo Estratégico 7 es de 38,5% del presupuesto ordinario y 61,5 % de otras fuentes. A continuación figura la repercusión prevista en los diferentes temas según el escenario C para este objetivo estratégico. Sin embargo, cabe indicar que si hubiera una disminución marcada de las contribuciones voluntarias el logro de los indicadores de RPR bajo este objetivo estratégico quizá estaría aún más en riesgo.

52. Una reducción del financiamiento disminuirá la capacidad de la OPS de brindar apoyo a la puesta en práctica de los planes de acción definidos por los países y, además, limitaría el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, así como de las recomendaciones que probablemente emanarán de la Conferencia de Rio que se celebrará en octubre del 2011. Los países también se están movilizando alrededor de los determinantes sociales de la salud y están muy interesados en documentar sus experiencias a fin de recabar las mejores prácticas de la Región. Una reducción del financiamiento limitará la capacidad de los países de intercambiar esta información sobre la mejor manera de abordar los determinantes de la salud y las inequidades.

53. Con respecto a brindar apoyo a las intervenciones intersectoriales en las comunidades más vulnerables para abordar los ODM, el financiamiento reducido limitará el apoyo prestado a los países para ejecutar esas intervenciones y las iniciativas relacionadas con ellas, como la de "Rostros, voces y lugares".

54. La elaboración de informes que permitan que los encargados de adoptar las decisiones comprendan cómo interactúan los factores sociales y económicos a fin de determinar la situación sanitaria en un país, por medio de un enfoque inter e intrasectorial, es fundamental para que se puedan concebir estrategias eficientes y eficaces en función de los costos. El progreso en estas áreas se vería seriamente afectado por la disminución de las actividades previstas a fin de

fortalecer la capacidad del país para la medición, el seguimiento y el análisis de las desigualdades en materia de salud y sus determinantes.

55. En términos generales, una reducción del presupuesto ordinario repercutirá en la capacidad de la Oficina para mantener y ampliar las actividades relacionadas con la integración de la perspectiva de género y de derechos humanos a nivel regional y de país. Si bien se prevé que los países sigan ejecutando los planes para impulsar las cuestiones de género en el sector de la salud, habrá una reducción en el número de herramientas y documentos de orientación elaborados o actualizados por la Oficina para incluir la igualdad de género en los análisis, la programación, el seguimiento o la investigación en materia de salud. Además, los recortes presupuestarios conducirán a una reducción del número de entidades de la Oficina que integran la perspectiva de género en su análisis de situación, sus planes o sus mecanismos de vigilancia.

Objetivo Estratégico 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

56. La composición del presupuesto 2010-2011 aprobado para el Objetivo Estratégico 8 es de 54% de fondos del presupuesto ordinario y 46 % de otras fuentes. La repercusión prevista en los diferentes temas abarcados bajo el objetivo estratégico es la siguiente:

a) Habrá una reducción del número de evaluaciones realizadas sobre la carga de morbilidad ambiental y del número de países que ponen en práctica las directrices de la OMS sobre la salud ocupacional y el agua potable. El apoyo a los países para ejecutar los planes de seguridad del agua será limitado, lo que desacelerará el progreso en el mejoramiento de la cobertura y el acceso al agua potable y el saneamiento.

b) Una reducción del presupuesto ordinario afectará directamente a la cooperación técnica prestada a los países en materia de políticas y programas de salud de los trabajadores (seguimiento, capacitación, ejecución de medidas preventivas). Una reducción afectaría además a los programas dirigidos a los trabajadores empleados en áreas de alto riesgo como el sector de atención de salud, la minería, la agricultura y la ganadería, y el sector informal.

c) La Oficina tendrá que reducir el número de foros de alto nivel sobre salud y medio ambiente que ha venido promoviendo destinados a los responsables de políticas y los interesados directos regionales.

d) Aunque se seguirán publicando estudios sobre la repercusión del cambio climático en la salud pública, la Oficina no podrá apoyar a todos los países destinatarios en la ejecución de los planes para que el sector de la salud pueda responder a los efectos del cambio climático sobre la salud.

Objetivo Estratégico 9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a todo lo largo del ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

57. Este objetivo estratégico se financia en gran medida con fondos ordinarios (casi 60% de su presupuesto), lo que significa que se vería afectado gravemente por una reducción del financiamiento. A continuación figuran las áreas que se verían sumamente afectadas:

a) Las reducciones presupuestarias repercutirían en la aplicación de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015*, y la *Estrategia*

y el plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica, así como en las actividades promovidas por la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo. Además se verían afectadas las actividades programadas para la formulación de políticas intersectoriales y el fortalecimiento de la capacidad del sector para proponer medidas que aborden los determinantes sociales, así como las actividades de seguimiento y evaluación de la repercusión de las intervenciones.

b) Las reducciones en el presupuesto ordinario afectarían a la puesta en práctica del plan regional sobre la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. La generación de información para los siguientes temas se reduciría sustancialmente: a) caracterización de los contaminantes químicos y biológicos alimentarios, y de las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua; y, b) determinación de su carga y repercusión directa en la salud y repercusión indirecta en el comercio, el turismo y la economía en conjunto. También se limitará la ampliación de la plataforma de educación a distancia (seminarios y video transmitidos por la web) para los laboratorios miembros de las redes regionales y mundiales de vigilancia y para los programas de prevención y control de las enfermedades transmitidas por los alimentos. El uso eficaz y costoeficiente de esta plataforma también quedaría limitado para otras actividades de capacitación sobre evaluación, gestión y comunicación de riesgos en eventos de salud relativos a la contaminación de los alimentos y las zoonosis emergentes y reemergentes en el ser humano y su relación con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

c) La formulación de programas de prevención y control basados en datos probatorios también se vería seriamente limitada. Además se vería afectada la transferencia de las experiencias exitosas de atención primaria en materia de inocuidad de los alimentos, como: la aplicación de las cinco claves de la OMS para seleccionar alimentos más adecuados para el consumo en escuelas y cocinas comunitarias, junto con la estrategia de mercados saludables.

d) El ritmo de la cooperación en las actividades para armonizar la legislación en el marco del Codex Alimentarius y en la capacitación en sistemas modernos de inspección se desaceleraría, con lo cual se perjudicaría la inocuidad de los alimentos a nivel regional y el comercio de los alimentos en los mercados subregionales y mundiales. Esto implica que un porcentaje de los logros del bienio 2010-2011 se perdería en el bienio 2012-2013.

Objetivo Estratégico 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud

58. La composición del presupuesto 2010-2011 para el Objetivo Estratégico 10 es de aproximadamente 30% del presupuesto ordinario y 70% de otras fuentes. Según el escenario C se han previsto las siguientes repercusiones:

a) La capacidad del nivel regional para orientar la renovación de la atención primaria de salud y las redes integradas de prestación de servicios de salud se verá afectada. Sin embargo, los países probablemente seguirán avanzando hacia los sistemas y las redes integradas basadas en la atención primaria de salud debido al impulso que se ha alcanzado hasta el momento y al compromiso político generalizado con la atención primaria de salud y su integración en toda la Región.

b) En relación con el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP), la elaboración y aplicación de la metodología y el instrumento de evaluación del desempeño se han beneficiado extraordinariamente de la colaboración multidisciplinaria, multipaís y multilateral que ha sido posible gracias a la coordinación regional de las actividades relativas a las FESP. Hasta la fecha, estas actividades han sido financiadas casi

totalmente con las contribuciones voluntarias, pero el financiamiento para las evaluaciones y el fortalecimiento de las FESP se reducirá considerablemente a partir de octubre del 2011. En este contexto, y de acuerdo al escenario C, probablemente se descontinuará el apoyo regional a las actividades de las FESP. Los países probablemente seguirán llevando a cabo las actividades de evaluación y fortalecimiento de las FESP con sus propios recursos porque se ha formado capacidad a nivel de país y porque los países han hecho suyos los conceptos y los métodos de las FESP, pero la coordinación regional y el intercambio de experiencias y enseñanzas se perderán.

c) Se pondrá en riesgo la cooperación técnica prestada por la Oficina a los Estados Miembros en relación con la aplicación de la metodología de gestión productiva para los servicios de salud y sus herramientas asociadas, y habrá que interrumpir las actividades regionales; esta es una iniciativa regional y los países no estarían en capacidad de hacer avanzar este tema sin liderazgo y apoyo regionales.

d) En cuanto a la cooperación técnica para fortalecer los programas de mejoramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, los recortes presupuestarios darán lugar a una capacidad limitada del nivel regional para apoyar los procesos relacionados con este tema.

Objetivo Estratégico 11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud

59. La composición del presupuesto 2010-2011 para el Objetivo Estratégico 11 es de 38% aproximadamente del presupuesto ordinario y 62% de otras fuentes. Se prevén las siguientes repercusiones según el escenario C:

a) En cuanto al apoyo de la OPS al análisis de políticas y la reglamentación, la capacidad del nivel regional para prestar cooperación técnica se limitará enormemente, a menos que se movilicen fondos de otras fuentes. Aunque la formulación de políticas y leyes es, en último término, responsabilidad de los países, la OPS desempeña un papel de apoyo importante en este proceso. Se prevé que una reducción considerable de los fondos ordinarios repercutirá en la calidad de los planes, las políticas y los marcos normativos. Las reducciones presupuestarias son particularmente preocupantes en esta coyuntura debido a que el tema de los planes y las estrategias nacionales de salud está cobrando impulso a nivel mundial, con el apoyo decidido de la OMS.

b) En relación con los datos básicos regionales de salud y los perfiles de país, se dará apoyo limitado a la preparación de datos básicos nacionales y subnacionales en los países, la elaboración y actualización de los análisis de la situación sanitaria de los países, y el seguimiento de los ODM relacionados con la salud. La cooperación técnica para fortalecer las estadísticas sanitarias a nivel de país sufrirá un impacto notable, lo cual influirá en los resultados del *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud*. Además, podría estar en juego la función de la OPS como secretaría de la Red de América Latina y el Caribe para los Sistemas de Información Sanitaria, lo que colocaría a la Organización en una situación desventajosa en cuanto a los esfuerzos de colaboración interinstitucionales.

c) La capacidad de ejecutar la *Política de investigación para la salud* de la OPS y la *Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud* sería limitada. Una reducción presupuestaria daría lugar a la pérdida del apoyo regional para la coordinación, la formación de redes, el seguimiento y la evaluación. También pondría en riesgo el funcionamiento de las asociaciones y los acuerdos eficaces vigentes, y limitaría las iniciativas que brindan apoyo a la promoción de los programas de investigación que

responden a las necesidades de país, las funciones esenciales de salud pública que dependen de la investigación, la determinación y el abordaje de las brechas fundamentales del conocimiento, la disponibilidad de recursos humanos para la investigación sanitaria, las normas y mejores prácticas para la investigación y la transferencia de conocimientos. Además, se reduciría el apoyo al Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS.

d) No será posible mantener la Plataforma Regional de Información Sanitaria ni el Observatorio Regional de Salud. Esto repercutiría en la accesibilidad y la disponibilidad de datos regionales de salud para el análisis y la toma de decisiones.

e) La función de la OPS como proveedora de conocimientos e información de salud pública basados en datos probatorios se verá afectada. Se pondrían en riesgo los controles de calidad editoriales, con lo cual se debilitaría la producción científica de la Organización, incluida la producción de la *Revista Panamericana de Salud Pública*. La OPS quizá no pueda mantener los servicios de colaboración virtual, lo que afectaría a la prestación de la cooperación técnica y aumentaría los costos institucionales relacionados con los viajes en comisión de servicio y las reuniones presenciales. El registro, clasificación y preservación de la memoria institucional, en forma de documentos impresos o de material audiovisual (la OPS tiene una de las colecciones audiovisuales más completas en la historia de la salud pública), también estaría en riesgo. Por último, podría debilitarse la imagen institucional de la OPS debido a la falta de recursos para las actividades de comunicación, que se reconocen ampliamente como una prioridad para las situaciones de emergencia o los desastres.

Objetivo Estratégico 12: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

60. La composición del presupuesto 2010-2011 para el Objetivo Estratégico 12 es de aproximadamente 20% del presupuesto ordinario y 80% de otras fuentes. Se prevén las siguientes repercusiones según el escenario C:

a) El trabajo en materia de medicamentos y tecnologías sanitarias se vería afectado gravemente en cuanto al logro de las metas del Plan Estratégico para el 2013. En particular, la cooperación técnica destinada a garantizar el acceso equitativo a los productos médicos y las tecnologías sanitarias se verá afectada ya que es un área de trabajo central financiada por el presupuesto ordinario.

b) Aunque la responsabilidad de la formulación de políticas le incumbe en último término a los países y es posible que ellos todavía puedan lograr las metas por cuenta propia (ya sea con su propio financiamiento o con financiamiento de otras fuentes), la OPS desempeña un papel de apoyo importante en este proceso, por lo que se prevé que una reducción significativa de los fondos ordinarios afectará la calidad de las políticas relacionadas con las preparaciones farmacéuticas, la sangre y las tecnologías sanitarias. En particular, en el área de la sangre, que recibe financiamiento considerable del presupuesto ordinario, el apoyo a nivel regional se verá seriamente reducido, hasta el punto en el que podría ser necesario suspenderlo. Al mismo tiempo, las herramientas para evaluar el acceso a las tecnologías sanitarias se crean a nivel regional y una reducción en el presupuesto ordinario significará que se perderán tanto la coordinación como el liderazgo en esta área.

c) El trabajo relacionado con el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública recibe financiamiento importante del presupuesto ordinario. Una disminución de esos fondos comprometería el logro de las metas, lo que es fundamental

en un momento en que está aumentando el interés de los países por participar en este Fondo.

d) El trabajo relacionado con la promoción del uso racional de los medicamentos, la sangre, los servicios radiológicos y las tecnologías sanitarias también se verá afectado, a menos que se movilicen otros recursos. La repercusión será particularmente grave en el trabajo en el ámbito de la radiología y la selección de medicamentos.

Objetivo Estratégico 13: Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios

61. La composición del presupuesto 2010-2011 para el Objetivo Estratégico 13 es de aproximadamente 45% del presupuesto ordinario. Se prevén las siguientes repercusiones en los diferentes temas abarcados por este objetivo estratégico:

a) Las reducciones del financiamiento perjudicarán la calidad de los marcos de política relacionados con los recursos humanos sanitarios y el tiempo necesario para su formación, en particular en los países prioritarios, el Caribe y los países con capacidad institucional limitada en materia de recursos humanos sanitarios. Aunque la responsabilidad de la formulación de políticas y planes de formación de recursos humanos sanitarios recae en último término en los países, la OPS desempeña una función de apoyo importante en esta esfera. La OPS también ha participado en gran medida al apoyar a los Estados Miembros en la formulación de una política sobre la trayectoria profesional del personal sanitario y en la introducción de los ajustes requeridos por las comisiones especiales y los parlamentos.

b) La OPS también desempeña una función de liderazgo fuerte para el avance de la cooperación técnica entre países y de las alianzas regionales amplias para cumplir las metas regionales relativas a los recursos humanos sanitarios. Por ende, los recortes presupuestarios ocasionarán la interrupción de esta función, lo que haría que se debilite la capacidad de los países para ejecutar procesos de cooperación horizontal.

c) También se verán afectadas las iniciativas para establecer un conjunto de indicadores básicos y de sistemas de información sobre los recursos humanos sanitarios. Concretamente, la OPS está rediseñando la iniciativa regional del Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. El avance de esta red regional se verá afectado si se reduce el presupuesto ordinario.

d) La capacidad de la OPS de desempeñar una función catalizadora en la reorientación de la educación en ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud se comprometerá en un momento en el que la renovación de la atención primaria de salud está cobrando impulso en la Región. De igual manera, si hubiera una reducción significativa del financiamiento, se debería detener la iniciativa de ampliar a los países del Caribe y Centroamérica el Campus Virtual de Salud Pública, una estrategia clave para la cooperación técnica. Asimismo, estará en riesgo la infraestructura del programa de Líderes de Salud Internacional, por lo que el programa probablemente se descontinuará.

e) Será necesario reducir el apoyo a nivel regional para analizar y vigilar la dinámica de la migración de personal sanitario, lo que perjudicará especialmente a aquellos países en los que la cooperación de la OPS desempeña una función primordial, como los países prioritarios y las pequeñas islas del Caribe (los más afectados por la migración del personal sanitario). La OPS también desempeña una función importante de apoyo en

cuanto a los acuerdos bilaterales y multilaterales que abordan la migración del personal sanitario, en particular la aplicación activa por los Estados Miembros del *Código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud sobre la contratación internacional de personal de salud*.

Objetivo Estratégico 14: Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible

62. Sesenta por ciento (60%) del financiamiento de este objetivo estratégico proviene del presupuesto ordinario (80% de ese financiamiento se hace a nivel de país). Esto hace que este objetivo estratégico sea particularmente vulnerable a la reducción presupuestaria prevista según el escenario C. El apoyo regional para los siguientes temas tendría que reducirse considerablemente o descontinuarse:

a) El trabajo de política relativo al financiamiento de planes para la reducción o eliminación del riesgo financiero asociado con las enfermedades y los accidentes, los estudios para evaluar la capacidad de las familias para cubrir los gastos sanitarios, la armonización de las cuentas sanitarias y las cuentas nacionales sanitarias, y los estudios sobre gastos y financiamiento de los sistemas de salud pública o seguro social de enfermedad.

b) La OPS desempeña una función primordial al generar estudios sobre el financiamiento sanitario, que se costean principalmente con fondos del presupuesto ordinario y dependen en gran medida del nivel regional. Como tal, según el escenario C, probablemente será necesario descontinuar el apoyo regional. Estos estudios generan datos probatorios cruciales para brindar apoyo a la formulación de políticas públicas sobre el financiamiento y la cobertura universal. Sin información pertinente y actualizada y sin datos probatorios, la calidad de estas políticas y procesos se verá afectada. Esto es particularmente preocupante dada la prioridad que se ha asignado al tema del financiamiento a nivel mundial con el *Informe sobre la salud en el mundo 2010, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*.

c) También se vería afectada la capacidad de la Organización para prestar apoyo a los países en la ampliación de la protección social en materia de salud. El nivel regional ha desempeñado un papel importante en la documentación de las enseñanzas extraídas y las buenas prácticas de protección social en materia de salud y ha suministrado a los países herramientas para analizar e identificar diferentes mecanismos y estrategias que les permitan avanzar hacia la protección social en materia de salud. Sin el apoyo regional, la calidad de estos procesos se deteriorará y aumentará el riesgo de que no se alcancen las metas.

Objetivo Estratégico 15: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas

63. El Objetivo Estratégico 15 abarca las funciones facilitadoras para brindar apoyo al logro de otros objetivos estratégicos. Hasta la fecha, el progreso hacia el logro los resultados previstos de conformidad con este objetivo estratégico se ha hecho bajo ciertas limitaciones presupuestarias. Este objetivo estratégico se verá aun más afectado bajo cualquiera de los tres escenarios, ya que depende exclusivamente de fondos ordinarios. Esta repercusión adversa incluye limitaciones en el desempeño de ciertas funciones básicas de la Oficina, en particular:

a) el mejoramiento del apoyo administrativo operativo de las entidades en los países;

b) la capacidad de movilizar recursos a nivel regional y de país;

c) el compromiso de mantener la presencia y el liderazgo de la Oficina en los países y las subregiones.

Objetivo Estratégico 16: Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz

64. Este objetivo estratégico abarca funciones facilitadoras para apoyar el trabajo emprendido de conformidad con los Objetivos Estratégicos 1 a 15. Como tal, el financiamiento de este objetivo estratégico depende en gran medida (más de 70%) del presupuesto ordinario. Por consiguiente, una reducción de 96% del financiamiento proveniente del presupuesto ordinario repercutiría significativamente en la capacidad de la Organización para ejecutar los programas de cooperación técnica de una manera eficaz y eficiente.

65. Si bien la Oficina hará todo lo posible para seguir ejecutando varias iniciativas importantes, como la gerencia basada en resultados y las IPSAS, la mayoría de los indicadores de los RPR correspondientes al Objetivo Estratégico 16 se verían gravemente afectados. Esto precipitaría la necesidad de tomar medidas drásticas de austeridad que incidirían en la capacidad de prestar servicios facilitadores básicos esenciales e introducirían varias inquietudes en cuanto a seguridad y protección; además, se vería amenazada la funcionalidad de la infraestructura de la OPS.

66. La disminución de los recursos disponibles para financiar los costos de las inversiones, los costos de auditoría, los viajes y el apoyo de los sistemas financieros, así como las limitaciones posibles en la capacidad de los sistemas de tecnología de la información para apoyar a los sistemas antiguos, entrañarían un riesgo a la obtención de un dictamen de auditoría sin reservas y al cierre de las cuentas. También afectarían a los esfuerzos de movilización de recursos. Además, la OSP no podría ocuparse de las actividades de desarrollo de tecnologías y tendría que concentrarse exclusivamente en cambios mínimos en los sistemas debido a los requisitos de las normas institucionales. La capacidad para mantener los servicios actuales de telecomunicaciones y de continuidad de las operaciones disminuiría y los problemas tardarían más tiempo en resolverse. Esto a su vez daría lugar a servicios y sistemas de tecnología de la información menos estables tanto en la Sede como en las representaciones y los centros panamericanos. Los sistemas institucionales de la OPS probablemente se tornarían inestables y la Organización no podría mantener su modelo de apoyo actual a las representaciones y los centros panamericanos que suministra datos fiables en tiempo real.

Cuadro 10. Indicadores de los RPR que se verán más afectados según el escenario C

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
OE1: Enfermedades transmisibles					
1.3.2 – Número de países que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros.	11	14	16	18	Se calcula que solamente 16 países alcanzarán este indicador. Los recursos solo serían suficientes para mantener los logros hasta el 2011. Cabe señalar que dos países descendieron con respecto a la línea de base en el 2009.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
1.4.3 – Número de países que llevan a cabo sistemáticamente una labor de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.	17/35	22/35	24/35	27/35	Se calcula que solamente 22 países alcanzarán el indicador, lo que representaría un retroceso en los logros.
1.8.1 – Porcentaje de eventos de salud pública de importancia internacional verificados en el plazo recomendado por el Reglamento Sanitario Internacional.	85%	90%	95%	98%	Se calcula que solamente se alcanzaría el 85% durante el bienio 2012-2013.
1.9.1 – Porcentaje de respuestas de la OSP condescendientes con el Reglamento Sanitario Internacional, a solicitudes de apoyo de los Estados Miembros durante emergencias o epidemias.	90%	100%	100%	100%	Se calcula que se lograría el 90%. Cabe señalar que se necesitan fondos del presupuesto ordinario para la respuesta inmediata, mientras se movilizan los fondos de los asociados. En consecuencia, cualquier reducción repercutiría en la capacidad de la Oficina para responder eficazmente en apoyo de los Estados Miembros y movilizar recursos de otros asociados.
OE2: Infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria					
2.1.2 – Número de países que proveen tratamiento antirretrovírico por lo menos a 80% de la población que se estima lo necesita, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS.	6	7	12	15	Solamente 7 países alcanzarían este indicador. Además de las limitaciones de financiamiento, los cambios en las recomendaciones para el tratamiento de la infección por el VIH que se hicieron en el 2010, entre ellos los nuevos criterios para iniciar el tratamiento cuando el número de linfocitos CD4 es de 350 (un aumento con respecto a 200), hacen todavía más difícil alcanzar el 80% de cobertura de tratamiento.
2.4.1 – Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la infección por el VIH desglosados por sexo y edad.	25	27	32	33	Solamente 26 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros.
2.4.6 – Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia en relación con la malaria, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS.	9/21	11/21	17/21	20/21	Se calcula que sólo 13 países alcanzarían el indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
OE3: Enfermedades crónicas no transmisibles					
3.3.3 – Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de discapacidades.	18	22	23	26	Sólo 18 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros del 2007.
OE4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor					
4.1.2 – Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva.	7	11	13	16	Sólo 9 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros anteriores al 2009.
4.1.3 – Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable.	11	15	17	18	Sólo 15 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros del 2009.
4.2.1 – Número de países que establecen sistemas de información y de vigilancia para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico.	10	15	17	20	Sólo 12 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros anteriores al 2009.
4.3.1– Número de países que adaptan y aplican las normas y las directrices técnicas y de gestión de la OPS/OMS para incrementar la cobertura de la atención especializada en el parto, incluida la atención prenatal, posnatal y del recién nacido.	10	12	19	23	Se calcula que sólo 12 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros del 2009.
4.6.1 – Número de países con un programa en funcionamiento para el desarrollo de la salud del adolescente y el joven.	10	12	16	17	Se calcula que solamente 12 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros del 2009.
4.6.2 – Número de países que aplican un conjunto integral de normas para proporcionar servicios de salud adecuados para los adolescentes y jóvenes (Ej. manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN]).	3	10	14	15	Se calcula que sólo 12 países alcanzarían este indicador.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
OE5: Emergencias y desastres					
5.2.1 – Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias.	4	6	7	7	El logro de este indicador depende del presupuesto ordinario a nivel regional. En consecuencia, una reducción del financiamiento representaría la reducción del número de capacitaciones a 6.
OE6: Promocion de la salud y prevención de factores de riesgo					
6.3.3 – Número de países con reglamentos para el envasado y la rotulación de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.	8	10	17	23	Se calcula que solo 16 países alcanzarían este indicador.
OE7: Factores sociales y eonómicos determinantes de la salud					
7.1.1 – Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.	0	4	10	12	Se calcula que sólo 10 países alcanzarían este indicador.
OE8: Entornos más saludables					
8.1.1 – Número de evaluaciones nuevas o actualizadas de los riesgos ambientales o de la carga de enfermedad por causas ambientales realizadas anualmente.	2	3	4	7	Se calcula que se harían solamente cinco evaluaciones.
8.5.1 – Número de foros periódicos de alto nivel sobre salud y ambiente organizados para instancias normativas regionales e interesados directos que son apoyados por la Oficina Sanitaria Panamericana.	1	2	3	4	Se celebrarían solamente tres foros.
OE9: Nutricion, inocudad de los alimentos y seguridad alimentaria					
9.3.3 – Número de países que producen información basada en pruebas científicas en materia de nutrición y seguridad alimentaria.	11	15	20	22	Se calcula que solamente 20 países alcanzarían el indicador. Los esfuerzos se centrarán en mantener los logros hasta el 2011.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
9.4.5 – Número de países que tienen programas nacionales de preparación y respuesta para emergencias alimentarias y nutricionales.	11	16	20	25	Se calcula que solamente 20 países lograrían el indicador. Los esfuerzos se centrarán en mantener los logros hasta el 2011.
OE10: Servicios de salud					
10.1.2 – Número de países que muestran avances en el desempeño de su función rectora medida por medio de la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública	3	8	11	14	Se prevé que solamente 11 países alcanzarían este indicador. Los esfuerzos se centrarán en mantener los logros.
10.2.1 – Número de países que han ejecutado estrategias para fortalecer la gestión en los servicios de salud	3	14	17	20	Se prevé que sólo 17 países lograrían este indicador. Cabe observarse que este indicador incluye la elaboración y aplicación de la metodología de gestión productiva de los servicios de salud, que depende del financiamiento del presupuesto ordinario a nivel regional.
OE11: Sistemas de salud, liderazgo y gobernanza					
11.1.2 – Número de países que han formulado políticas, planes a mediano o largo plazo, o definido objetivos nacionales de salud.	9	17	29	35	Se prevé que solamente 29 países alcanzarían el indicador. Los esfuerzos se centrarán en mantener los logros.
11.2.1 – Número de países que han ejecutado procesos para fortalecer la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud.	3	7	10	15	Se prevé que solamente 7 países alcanzarían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los niveles del 2009.
11.3.1 – Número de países que actualizan el análisis de la situación sanitaria al menos cada dos años.	5	7	9	10	Se prevé que sólo 5 países cumplirían con la actualización oportuna del análisis de la situación sanitaria con información fidedigna y actualizada. Esto se debe a la cooperación técnica requerida de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se financia con el presupuesto ordinario, para apoyar a los países en la actualización periódica de sus análisis de la situación sanitaria.
OE12: Productos médicos y tecnologías sanitarias					
12.1.1 – Número de países que han ejecutado políticas que promueven el acceso o la innovación tecnológica de los productos médicos.	17	23	25	27	Se calcula que solamente 25 países alcanzarían el indicador. Los esfuerzos se centrarán en mantener los logros del 2011.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
12.3.1 – Número de países que cuentan con pautas para definir e incorporar tecnologías sanitarias.	11	14	17	20	Se prevé que sólo 17 países alcanzarán este indicador. Las áreas que se verían más afectadas son los servicios radiológicos y la cooperación técnica para la incorporación de nuevas tecnologías de la salud.
OE13: Recursos humanos sanitarios					
13.2.2 – Número de países que participan en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud para la producción de información y pruebas científicas para la adopción de decisiones.	18	29	31	36	Se prevé que sólo 31 países alcanzarán este indicador.
13.4.4 – Número de países que participan en el programa de líderes en salud internacional de la OPS.	0	18	25	25	Se prevé que sólo 10 países alcanzarán este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros anteriores al 2009.
OE14: Protección social y financiamiento					
14.2.1 – Número de estudios terminados sobre los países que aplican el marco de evaluación de la OPS para determinar la capacidad familiar para costear los gastos de salud.	0	3	5	7	Los recursos sólo alcanzarán para financiar cinco estudios. Se otorgará prioridad a los recursos necesarios para el logro de otros indicadores de este OE.
14.3.3 – Número de países que cuentan con estudios sobre el gasto y el financiamiento de los sistemas públicos de salud o de seguridad social en relación con la salud.	0	0	10	15	Se prevé que sólo 10 países lograrán este indicador. Se otorgará prioridad a los recursos necesarios para el logro de otros indicadores de este OE.
OE15: Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS					
15.1.3 – Número de entidades de la Oficina que ejecutan iniciativas de liderazgo y de gestión (incluida la coordinación y negociación de cooperación técnica con los socios, cooperación técnica entre países [CTP], promoción de la causa para la misión de la OPS/OMS y planes de trabajo bienales, e informes) a tiempo y dentro del presupuesto.	43/69	57/69	61/69	69/69	Se calcula que sólo 57 entidades podrían ejecutar estas iniciativas.
15.2.4 – Número de subregiones de la OSP que tiene una Estrategia de Cooperación Subregional (ECS).	0/5	1/5	2/5	4/5	Sólo dos subregiones tendrían una estrategia de cooperación subregional.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
15.2.5 – Número de Entidades Subregionales y de País de la OSP que han mejorado su apoyo administrativo, infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus Planes de Trabajo Bienales.	20/29	25/29	27/29	29/29	Se calcula que sólo 24 entidades lograrían este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros.
15.2.6 – Número de Entidades Subregionales y de País de la OSP que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS).	20/29	25/29	27/29	29/29	Se calcula que sólo 24 entidades podrían lograr este indicador, lo que representa un retroceso con respecto a los logros.
OE16: Una organización flexible y basada en el aprendizaje					
16.2.1 – Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) aplicadas en la OPS/OMS.	IPSAS no adopta-das	IPSAS aproba-das por Estados Miem-bros	IPSAS ejecuta-das	IPSAS ejecuta-das	Los recursos serán insuficientes para mantener los requisitos actuales de las IPSAS, es decir, valoraciones de las propiedades, actuarios, expertos en instrumentos financieros.
16.2.5 – Prácticas financieras solventes, certificadas por una opinión de auditoría "sin reservas".	Dictamen de auditoría sin reservas	Dictamen de auditoría sin reservas	Dictamen de audito-ría sin reservas	Dictamen de auditoría sin reservas	La disminución en los recursos planteará un riesgo a la obtención de un dictamen de auditoría sin reservas, lo que llevaría a la liquidación de la cartera de inversiones administrada por expertos y al requisito de eliminar puestos para cubrir los gastos de auditoría y del apoyo a los sistemas financieros.
16.3.3 – Porcentaje de comités de selección que trabajan con el nuevo marco de referencia aprobado por la Gestión Ejecutiva, el cual incluye una evaluación psicométrica para los puestos clave.	N/D	100%	100%	100%	Se seguirá utilizando el marco nuevo, pero sólo se cumplirá un 50% de las evaluaciones psicométricas.
16.4.1 – Porcentaje de propuestas, proyectos y aplicaciones importantes relacionados con tecnología de la información administrados en forma sistemática mediante procesos de gestión de la cartera.	0%	40%	60%	80%	No se ejecutará ningún proceso de de administración de la cartera debido a que el funcionamiento de los sistemas de tecnología de la información estará en riesgo por los recortes presupuestarios.
16.4.2 – Grado de cumplimiento de las metas de servicio establecidas para los servicios de Tecnología de la Información.	0%	50%	60%	75%	Solamente se lograría un 25%. Esto se debe a que los contratistas de servicios se reducirán y el nivel de los servicios y del apoyo a los usuarios disminuirá. Los problemas de infraestructura serán más comunes y durarán más.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
16.4.3 – Número de entidades subregionales y de país, y centros panamericanos que utilizan información sistemática y actualizada (casi en tiempo real).	35/35	35/35	35/35	35/35	Aunque el sistema seguirá funcionando, habrá interrupciones considerables cuando no esté disponible la gestión de la información en tiempo real.
16.5.1 – Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre ellos, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentación) medido mediante encuestas bienales.	Baja (satisfac-ción clasifica-da como menos de 50%)	Media (satisfac-ción clasifica-da como 50 a 75%)	Alta (satisfac-ción clasificad a como más de 75%)	Alta (satisfac-ción clasifica-da como más de 75%)	Se prevé que el grado de satisfacción disminuirá a mediano o incluso bajo debido a la incapacidad para mantener la calidad de los servicios; los cortes drásticos en los servicios habituales reducirán el desempeño del personal.
16.5.3 – Porcentaje de los parámetros internos alcanzados o superados por los servicios de traducción.	60%	70%	75%	80%	Se alcanzaría solamente 70%. Las limitaciones del software básico y las dificultades para aplicar las normas establecidas de control de calidad pondrán en riesgo hasta el mantenimiento de las metas logradas.
16.5.4 – Un nuevo sistema de gestión de compras en funcionamiento, para medir y vigilar el cumplimiento de las prácticas óptimas de compras, incluida la capacitación personalizada, los informes estadísticos mejorados, listas de licitadores ampliadas, acuerdos sobre niveles de servicio y mejora de los procedimientos, ejecutado.	N/D	Principios orientado res elabora-dos	Reglas instituí-cionales elabora-das	Sistema de gestión de compras ejecuta-do	No habrá recursos para: 1) realizar las actividades adecuadas de vigilancia, control y apoyo técnico; 2) integrar nuevos requisitos en el sistema de licitación electrónica, y 3) implantar los sistemas de compras a nivel de país.
16.5.5 – Porcentaje de solicitudes internas de asesoramiento y servicios legales presentadas en la Oficina Sanitaria Panamericana y tramitadas en un plazo de 10 días hábiles después de recibidas.	70%	90%	95%	100%	Sólo se realizaría 40% en el período establecido de 10 días. La reducción presupuestaria disminuiría el apoyo legal y desaceleraría la capacidad de preparar las revisiones necesarias.
16.6.3 – Porcentaje de instalaciones físicas de la Sede y de los Centros Panamericanos que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS).	65%	75%	80%	100%	Sólo se alcanzaría un 90%. Una reducción en los recursos pondría en riesgo los servicios requeridos para garantizar la seguridad de las instalaciones físicas y el personal. La repercusión será muy marcada en la sede.

Texto del indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Comentarios
16.6.4 – Porcentaje de entidades regionales de la OSP y Centros Panamericanos de la OPS que mejoran y mantienen su infraestructura física, equipo de oficina, mobiliario, equipo de informática y transporte de acuerdo a sus Planes de Trabajo Bienales.	75%	90%	95%	100%	Sólo se alcanzaría un 90%. Una reducción de los recursos pondrá en riesgo la prestación de los servicios básicos, el mantenimiento y los gastos generales de operación. La repercusión será más grave en la Sede, en especial en los servicios de tecnología de la información.

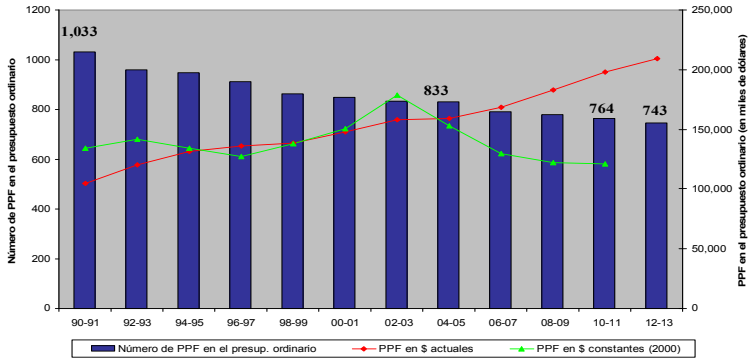
IV. ESFUERZOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD

La fuerza laboral de la Oficina y las tendencias del presupuesto ordinario

67. La fuerza laboral de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es el elemento fundamental para alcanzar los Objetivos Estratégicos (OE) y los Resultados Previstos a Nivel Regional (RPR), según se establecen en el Plan Estratégico.

68. Según se muestra en la figura 3, los puestos de plazo fijo (PPF) financiados desde el presupuesto ordinario de la OPS/OMS han venido disminuyendo en forma sostenida durante los dos últimos decenios (barras azules), de 1.033 puestos en 1990-1991 a 764 en el 2010-2011. Como parte de la disciplina presupuestaria de austeridad de la Organización, 18 puestos se eliminaron en el bienio 2010-2011 solamente. A pedido de los Estados Miembros se analizó una reducción aún mayor en el componente PPF del presupuesto y se han eliminado otros tres puestos en el proyecto de Programa y Presupuesto, lo que arroja una reducción total de 21 puestos. En consecuencia, en el bienio 2012-2013, la Organización funcionará con tan solo 743 puestos. Cualquier otra reducción de los puestos de plazo fijo debe analizarse con sumo cuidado puesto que podría comprometer la capacidad de la Organización de ejecutar sus funciones esenciales e instrumentales, incluida su capacidad de movilizar recursos.

Figura 3
Comparación del número de puestos de plazo fijo (PPF) financiados por el presupuesto ordinario en dólares actuales y dólares constantes*, del bienio 1990-1991 al 2012-2013



* Deflactor implícito del PIB para ALC; precios constantes de mercado del 2000. Fuente: Elaborado con datos de la CEPAL, Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas y perspectivas de la economía mundial del FMI.

69. Aunque la curva del presupuesto asignado a los puestos de plazo fijo en dólares actuales[2] (curva roja) ha aumentado en forma sostenida, el presupuesto correspondiente a los PPF en dólares constantes[3] (curva verde) alcanzó un punto máximo en el bienio 2002-2003 y ahora ha descendido a un nivel inferior al que tenía en el bienio 1990-1991.

70. A pesar de los esfuerzos de la Oficina para contener los gastos de personal, según muestra la disminución constante del número de PPF financiados por el presupuesto ordinario de la OPS/OMS, en los dos últimos decenios el presupuesto en dólares corrientes ha seguido aumentando (curva roja). En la figura 3 se muestra que el presupuesto para los PPF en el bienio

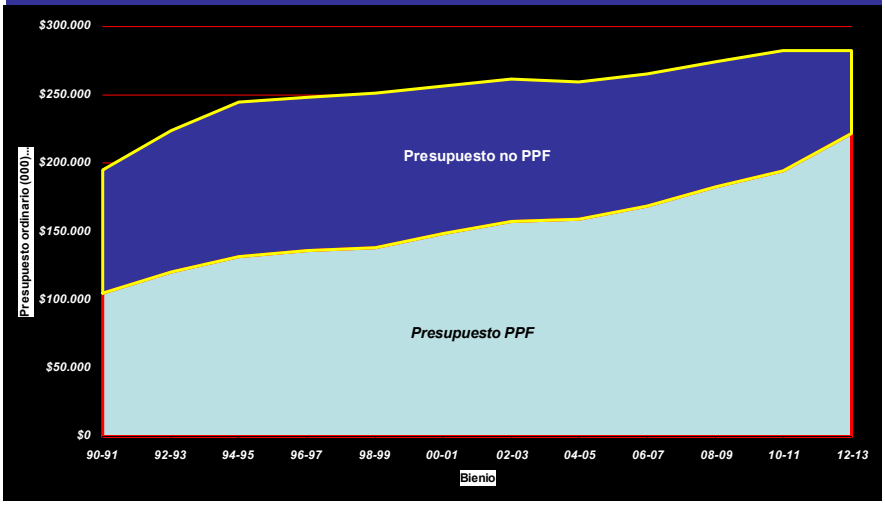
[2] Se refiere al uso de precios y costos reales.
[3] El término dólares constantes se refiere a un método de medición para calcular el precio en dólares de algo a lo largo del tiempo, ajustándolo por la inflación o deflación.

en curso (2010-2011,) en dólares constantes, está al mismo nivel de 1996-1997, pero financia menos puestos de plazo fijo.

71. Para hacer el cálculo se utilizó el deflactor de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para toda la Región. Este instrumento estadístico se basa en un criterio de "canastas" macro del comportamiento de las economías latinoamericanas frente al dólar de los Estados Unidos. Sin embargo, la mezcla de lugares y monedas de las operaciones de la OPS, sugiere que el efecto de la pérdida de poder adquisitivo del presupuesto de la Organización es aun más notable, ya que las tasas de inflación de los países individuales varían desde 1,5% a 30%. Sin embargo, para contar con datos de referencia se decidió usar el deflactor de la CEPAL.

72. Según se muestra en la figura 4, el componente de PPF del presupuesto ordinario ha estado aumentando de manera constante en los últimos 24 años. Sin embargo, la Oficina ha logrado movilizar recursos que proporcionaron suficientes fondos no PPF de otras fuentes para ejecutar su Programa. Esto se puede ver en la proporción del componente PPF con respecto al componente no PPF que se muestra en la figura 1.

Figura 4
Tendencias del presupuesto ordinario PPF y no PPF de la OPS/OMS, desde 1990-1991 hasta el 2012-2013

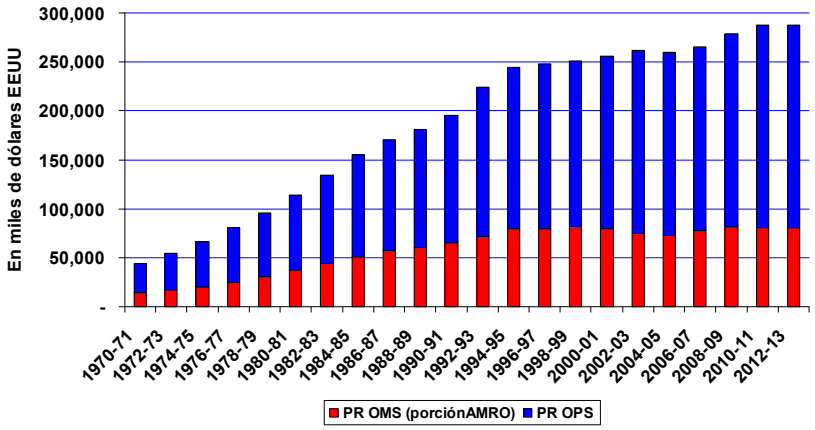


* Propuesta para el 2012-2013

Tendencias en el financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS

73. Desde el bienio 1994-1995, los aumentos debidos a la inflación han dejado atrás a los aumentos nominales del presupuesto. Mientras que los costos de los PPF han seguido aumentando, el presupuesto no PPF se ha reducido tanto en términos constantes como corrientes. Esto dio lugar a una pérdida significativa del poder adquisitivo para la cooperación técnica durante ese período. Además, en los últimos 15 años, la proporción de AMRO ha disminuido como porcentaje del total del presupuesto ordinario de la OPS/OMS. En la figura 5 se presentan cuatro decenios de la historia de la composición del presupuesto ordinario en el Programa y Presupuesto aprobado de la OPS/OMS. En el último decenio, la proporción de AMRO en el total del presupuesto ordinario ha disminuido de 33% en 1994-1995 a 28% en el 2012-2013, manteniendo el mismo nivel que en el 2010-2011.

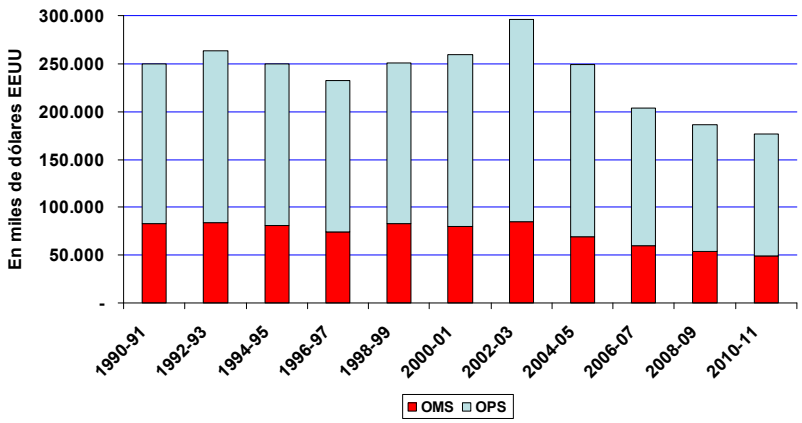
Figura 5
Historia de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS (porción de AMRO) en dólares corrientes
Bienios 1970-1971 / 2012-2013



* Deflactor implícito del PIB para ALC; precios constantes de mercado del 2000. Fuente: Elaborado con datos de la CEPAL, Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas y perspectivas de la economía mundial del FMI.

74. Si bien ha habido un aumento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS en dólares corrientes, en el período 1990-2011 el presupuesto ordinario redujo su capacidad de poder adquisitivo en 29% en dólares constantes de los Estados Unidos del 2000 (véase la figura 6). El financiamiento de la OMS (AMRO) permaneció relativamente estable desde 1990 hasta el 2003, pero desde el 2004 hasta el 2011 ha habido una reducción constante de este componente.

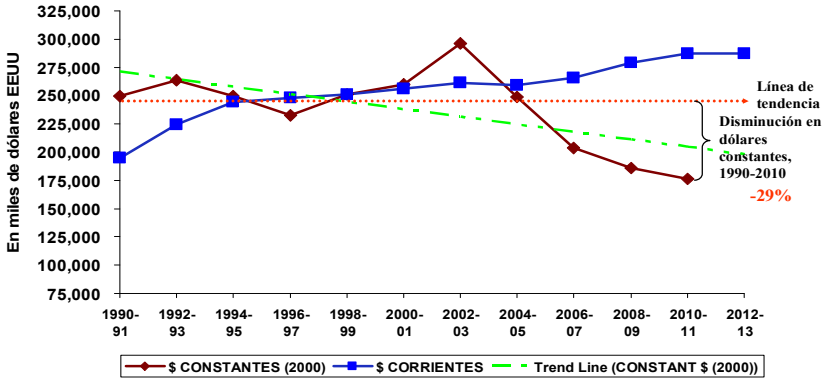
Figura 6
Historia del presupuesto ordinario de la OPS y la OMS en dolares contantes*
Bienios 1990-1991 / 2010-2011



* Utilizando dólares consstantes del 2000. Deflactor implícito del PIB para ALC; precios constantes de mercado del 2000. Fuente: Elaborado con datos de la CEPAL.

75. En dólares corrientes, el presupuesto ordinario de la OPS/OMS ha aumentado, pero la tendencia en dólares constantes es a la disminución. La reducción observada en dólares constantes se calcula en cerca de 29% ($73,4 millones) en el período 1990-2010, según se muestra en la figura 7.

Figura 7
Presupuesto ordinario OPS/OMS en dólares corrientes comparado con dólares constantes del 2000
1990-1991 / 2010-2011



Fuente: Elaborado con datos de la CEPAL, Anuario estadístico 2008; págs 88 y 90

Tendencia del Programa y Presupuesto total de la OPS/OMS

76. Las tres fuentes principales de financiamiento de la Organización son:

a) **el presupuesto ordinario de la OPS**, que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS, más los ingresos varios calculados;

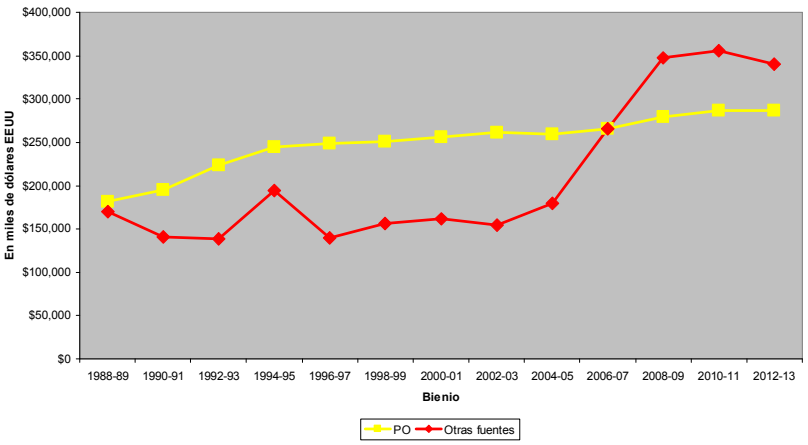
b) **la proporción de AMRO**, que es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud; y

c) **otras fuentes**, que comprende principalmente las contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por conducto de la OMS, los fondos de costo de apoyo a los programas y el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, entre otras categorías.

77. La figura 8 muestra que durante muchos años los recursos de otras fuentes fueron inferiores a los del presupuesto ordinario. Sin embargo, desde el 2002-2003, los recursos de otras fuentes (principalmente las contribuciones voluntarias) han aumentado en forma sostenida. En el 2006-2007, los fondos de otras fuentes fueron casi iguales a los del presupuesto ordinario y en el 2008-2009, los sobrepasaron en $67,9 millones. Dado el clima financiero mundial, en el proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013 se considera una reducción en los fondos de otras fuentes, en comparación con el nivel del 2010-2011. La reducción de los fondos de otras fuentes varía según el escenario, de acuerdo con lo descrito en la sección II. Los esfuerzos requeridos para movilizar recursos adicionales serán enormes. Sin embargo, en vista del papel y la importancia crecientes de la salud pública en el desarrollo mundial, la Oficina seguirá haciendo todo lo posible por movilizar las contribuciones voluntarias necesarias para lograr los resultados previstos a nivel regional que ha establecido la Organización. En la sección IV de este apéndice,

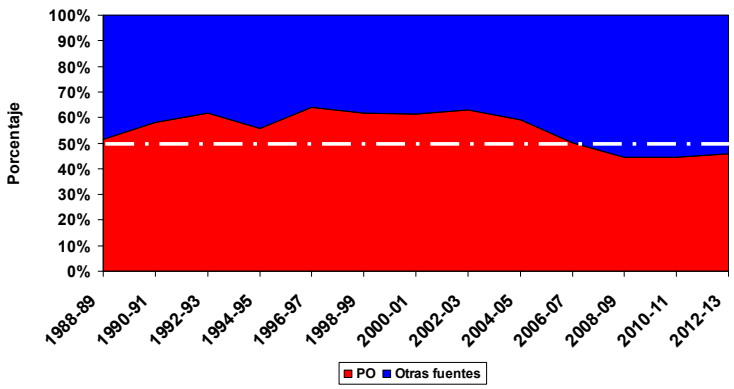
"Esfuerzos de la OSP para mejorar el desempeño programático institucional", se abordan las iniciativas emprendidas por la Oficina en este sentido.

Figura 8
Historia del Programa y Presupuesto de la OPS/OMS por presupuesto ordinario (PO) y otras fuentes (OF), bienios 1988-1989 / 2012-2013



78. Como se muestra en la figura 9, la proporción del presupuesto ordinario y los fondos de otras fuentes ha evolucionado de 50/50 en 1988-1989 a 54/46 en el bienio 2012–2013. De acuerdo con un análisis del desempeño de la Organización en los últimos dos bienios, la proporción 54/46 está en un punto crítico para mantener el equilibrio adecuado necesario para garantizar la capacidad de la Organización de ejecutar su Programa. Se considera que una reducción por debajo de 46% del presupuesto ordinario comprometerá la capacidad de la Organización de cumplir sus mandatos colectivos y pondrá en riesgo las prioridades de los Estados Miembros.

Figura 9
Presupuesto ordinario (PO) y otras fuentes (OF) como porcentaje del Programa y Presupuesto desde 1988-1989 hasta el 2012-2013



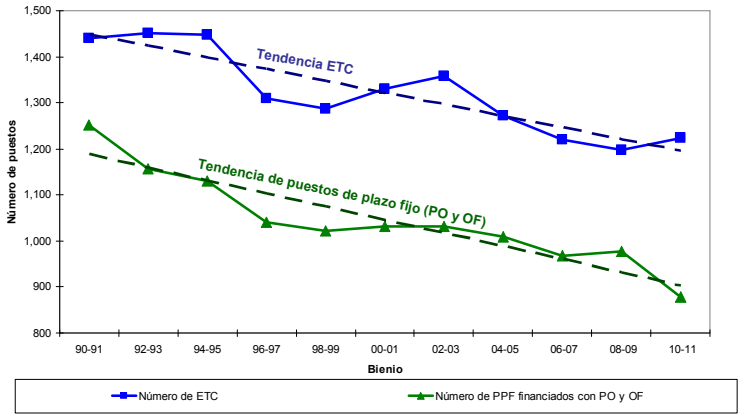
79. Hasta el segundo semestre del bienio en curso (31 de diciembre del 2010), la brecha del financiamiento general es similar a la del segundo semestre del bienio 2008-2009. En el bienio 2008-2009, la OPS recibió $281 millones procedentes de contribuciones voluntarias, de los cuales 90% estaban destinados a una finalidad específica. En el último ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño efectuado en diciembre del 2010 se informó que se habían recibido $194,8 millones en contribuciones voluntarias, de las cuales $41,5 (21%) no tenían un fin específico y $153,3 (79%) tenían un fin específico.

Fuerza laboral: Eficiencia y productividad

80. La fuerza laboral total de la OSP, medida según el equivalente de tiempo completo (ETC) está integrada por los puestos de plazo fijo financiados con recursos del PO y otras fuentes, y todos los otros miembros del personal contratados por medio de otros tipos de mecanismos (por ejemplo, profesionales a corto plazo, consultores a corto plazo, personal asignado por ministerios de salud, personal contratado a través de empresas de dotación de personal temporal, etc.). El concepto equivalente de tiempo completo (ETC) es útil para establecer comparaciones.

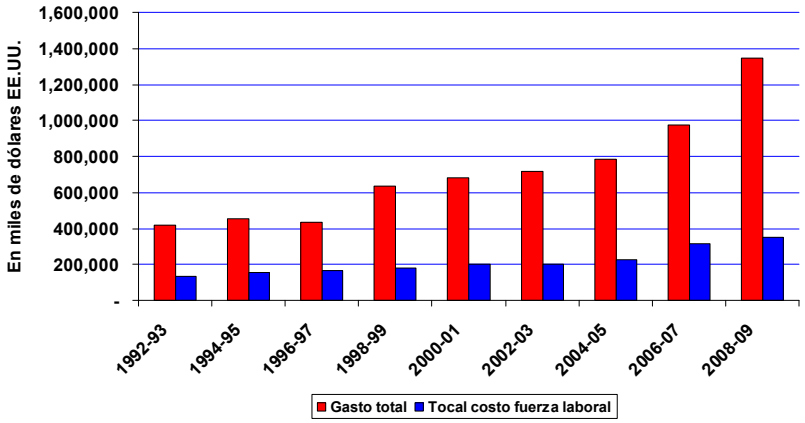
81. La figura 10 indica que la fuerza laboral total ha venido disminuyendo entre 1990 y el 2011. Es digno de mención que la tendencia en materia de ETC es similar a la disminución en PPF financiados con fondos del PO de la OPS/OMS y recursos de otras fuentes, lo que muestra el esfuerzo que está haciendo la Oficina para reducir su fuerza laboral. Una reducción de 371 puestos de plazo fijo ha ocurrido en los PPF financiados por el PO y otras fuentes. En el mismo período hubo una reducción total del ETC de 216 PPF. Por lo tanto, la mayor parte de la carga de la reducción recae en los PPF.

Figura 10
Número de equivalentes de tiempo completo (ETC) en comparación con los puestos de plazo fijo financiados con el PO de la OPS/OMS y fondos de OF, 1990-1991 / 2010-2011



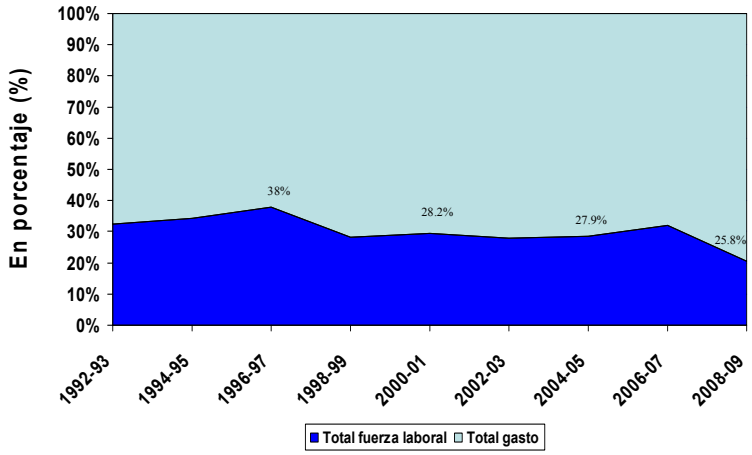
82. En la figura 11 se comparan los gastos de la fuerza laboral con el total de gastos de la OPS/OMS en el período 1992–2009.

Figura 11
Historia del gasto total de la OPS/OMS (1992-2009) en comparación con el costo total de la fuerza laboral



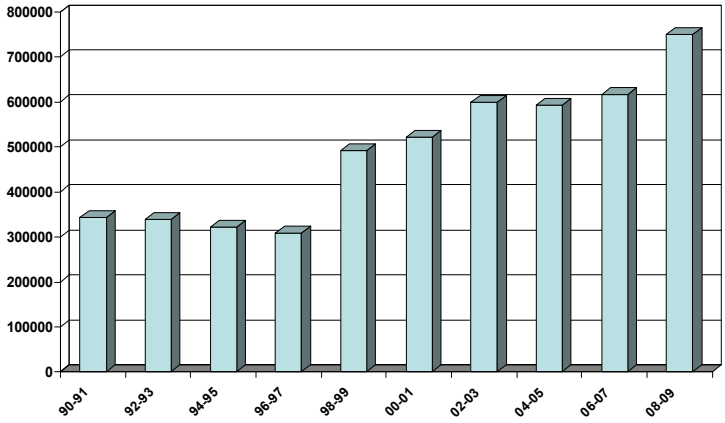
83. A pesar de la reducción de la fuerza laboral total, la Oficina ha podido mantener una tasa *de eficiencia* bastante estable (costo de la fuerza laboral expresado como porcentaje del gasto total de la Organización), según se muestra en la figura 12. En el bienio 2004-2005, la tasa de eficiencia fue de 27,9. En el bienio 2006-2007, la curva aumenta levemente, lo que indica una reducción moderada de los aumentos en la eficiencia. Sin embargo, los datos del 2008-2009 muestran un mejoramiento en la tasa de eficiencia (25,8), cifra que supera el rendimiento en el bienio 2004-2005. Este indicador sigue mejorando, a pesar de la reducción del número de puestos.

Figura 12
Tasa de eficiencia de la fuerza laboral de la OPS/OMS
1992-1993 / 2008-2009



84. *La productividad de la fuerza laboral* (medida aquí como el gasto total de la OPS/OMS por año [producción bruta] en dólares constantes equivalente de tiempo completo)[4] ha aumentado, a pesar de la continua reducción en el número de ETC. La figura 13 indica que la productividad del personal pasó de $342.575 por ETC en 1990–1991 a $750.237 por ETC en el bienio 2008–2009, en dólares constantes de 2000. Esto representa un aumento de 118% de la productividad en casi dos decenios. Desde 1998–1999, se ha observado un aumento considerable de la productividad, lo que refleja el nivel significativo de gastos que no corresponden a proyectos (todos los otros gastos no incluidos en el Programa y Presupuesto) administrado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).

Figura 13
Productividad: gasto total OPS/OMS en dólares constantes por equivalente de tiempo completo *
1990-1991 / 2008-2009



* Value added per FTE in dollars at constant 2000 prices.

Mayor eficiencia y contención de costos

85. En vista del ambiente financiero mundial y de acuerdo con la disciplina presupuestaria, además de reducir el número de puestos de plazo fijo (como se mencionó anteriormente), la Oficina ha puesto en marcha otras medidas para mejorar la eficiencia y reducir los costos. Estas medidas pueden agruparse en tres categorías principales: reestructuración institucional, ejecución de nuevos procesos y modalidades para la cooperación técnica, y optimización del uso de la tecnología.

86. De acuerdo con la Política del Presupuesto Regional por Programas y la Política de Cooperación Centrada en los Países, la Oficina ha trasladado cada vez más los recursos del nivel regional al nivel subregional y de país a fin de aumentar aun más la presencia en el país y facilitar la cooperación técnica entre los diferentes niveles de la Organización. Desde el 2006, un total de 50 puestos se han descentralizado hacia el nivel regional y de país. Esto ha dado lugar a una reducción de los costos de los puestos de plazo fijo al mismo tiempo que se responde mejor a las necesidades de cada país. A pedido de los Cuerpos Directivos, la OPS también ha estado examinando su función en la administración de los centros panamericanos desde 1978. Desde entonces, la Oficina ha estado trabajando intensamente con los distintos interesados directos a

[4] Esta cifra se basa en la definición de la OCDE de productividad laboral medida según el volumen deflactado de la producción bruta dividido por los insumos laborales (Fuente: The OECD Productivity Manual. A Guide to the Measurement of Aggregate and Industry-Level Productivity Growth).

fin de armonizar los centros con las políticas regionales establecidas por los Cuerpos Directivos. En consecuencia, se ha examinado la estructura organizativa de varios centros, incluidos sus sistemas de gobernanza y opciones de financiamiento, a fin de que puedan continuar abordando los problemas de salud pública en sus respectivas áreas de especialización de una manera eficaz y eficiente. A junio del 2011, de los 13 centros establecidos o administrados por la OPS, 6 han sido cerrados y 1 ha sido transferido a sus Estados Miembros respectivos, y se prevé que con la creación del Organismo de Salud Pública del Caribe, otros 2 centros serán transferidos en los próximos años.

87. A fin de aumentar la eficiencia de la Organización, la Oficina ha estado examinando sistemáticamente sus procesos y explorando nuevas modalidades para la cooperación técnica. Desde el 2008, con la puesta en marcha del Plan Estratégico 2008-2012 y de conformidad con el marco de la gerencia basada en resultados, la Oficina ha estado ejecutando el enfoque horizontal basado en equipos que establece grupos colaborativos para optimizar el uso tanto de los recursos humanos como los económicos. La Oficina también ha estado ampliando las alianzas y las asociaciones estratégicas y forjando otras nuevas a fin de mejorar su capacidad de cooperación técnica. Por ejemplo, la nueva modalidad para la cooperación técnica con los centros colaboradores y las instituciones nacionales de referencia ha mejorado la capacidad de la Organización de responder a sus Estados Miembros, al mismo tiempo que se fortalece la capacidad nacional en cuanto a la cooperación internacional en materia de salud. Con respecto a la movilización de recursos, la Oficina ha tenido éxito al negociar con los donantes principales un cambio hacia un enfoque programático con un nivel mayor de fondos no destinados a un fin específico (que dio como resultado un aumento de 10% en el 2008-2009 a cerca de 21% a fines del 2010). Los procesos de coordinación de recursos también han estado modificándose con un mayor énfasis en las prioridades programáticas de la Organización según se establece en el Plan Estratégico 2008-2012.

88. La optimización del uso de la tecnología, como las teleconferencias en línea por medio de Elluminate, un sistema de telefonía moderna y la centralización de la infraestructura de tecnología de la información, también ha contribuido a una eficiencia cada vez mayor de la cooperación técnica de la OPS y a reducir los costos operativos. El uso de Elluminate ha aumentado sistemáticamente, especialmente a nivel regional. La plataforma se ha convertido en una herramienta esencial para la cooperación técnica, aumentando la comunicación y la interacción dentro de las oficinas y con otras oficinas, así como con los homólogos y los asociados. Además de ampliar el alcance de la cooperación técnica, el uso de Elluminate también ha contribuido a reducir los gastos de viaje y reuniones al aumentar el número de sesiones virtuales. Tan solo de enero a junio del 2011, se han celebrado 10.353 reuniones virtuales, lo que representa un aumento de 64% con respecto al bienio anterior. El número de espacios virtuales también ha aumentado significativamente, de 145 en el 2008 hasta casi 900 en de junio del 2011. Con respecto al sistema de telefonía, la Oficina ha instalado la función de voz sobre protocolo de internet (VoIP) en 16 oficinas hasta la fecha y ha conectado los sistemas heredados de la red telefónica a VoIP en otras 10; con el tiempo se desplegará en el resto de las representaciones y centros. Esto representa un ahorro de aproximadamente $500.000 en las llamadas de larga distancia entre las representaciones, los centros, la Sede y las oficinas de la OMS. Además de estos ahorros, el nuevo sistema telefónico permite la comunicación ilimitada entre las oficinas dentro y fuera de la región sin ningún costo adicional. Además, un tercio de los servidores de las representaciones han migrado a un sistema centralizado en Washington, D.C., lo que ha permitido ahorros mayores en infraestructura y costo de mantenimiento, y mejorar la seguridad. Con el tiempo, se centralizarán todos los sistemas de información institucionales, lo que permitirá ahorros aún mayores. Además de los ahorros logrados mediante el uso de tecnología, la Oficina también ha estado usando tarifas económicas en los viajes oficiales.

V. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL

89. Los ejercicios de seguimiento y evaluación del desempeño (SED) son esenciales para la administración adecuada del Programa y Presupuesto; también constituyen un componente importante del marco de la gerencia basada en resultados. Teniendo esto en cuenta, desde el 2008, la Oficina ha institucionalizado un proceso de SED sistemático. Como parte de este proceso, se realizan ejercicios de SED cada seis meses para evaluar el avance en la ejecución de los planes de trabajo bienales y, en consecuencia, el avance hacia el logro de las metas establecidas en el Plan Estratégico, que se ejecuta a través del Programa y Presupuesto bienal.

90. Los ejercicios de SED suministran información acerca de la cadena de resultados y las metas a nivel institucional y de cada entidad de la OSP, según se establece en el Plan Estratégico 2008-2012, en el Programa y Presupuesto y en los respectivos planes de trabajo bienales. El sistema permite que se hagan los análisis institucionales y de las entidades, combina las evaluaciones de la ejecución programática y presupuestaria y examina los esfuerzos de movilización de recursos. El avance se mide mediante una combinación de datos generados por el sistema (como número de hitos logrados) y de análisis técnicos y gerenciales de la tasa de ejecución programática y presupuestaria. Como tal, el SED documenta el avance y los retos, además de indicar las medidas correctivas necesarias para alcanzar las metas de Plan Estratégico.

91. La OSP presentó al 50.º Consejo Directivo (celebrado en septiembre del 2010) el primer informe provisional sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, que abarca el bienio 2008–2009. Según esta evaluación, la Organización se encuentra en una buena posición para lograr las metas de Plan Estratégico en el 2013; de los 16 Objetivos Estratégicos, 12 se encontraban en curso y 4 estaban en riesgo; 67 (76%) de los 88 RPR se encontraban en curso y 21 (24%) estaban en riesgo; se habían alcanzado 275 (85%) de las 324 metas de los indicadores de los RPR. En el informe se observó la necesidad de mejorar la convergencia entre la movilización y la asignación de los recursos y las prioridades programáticas (de los objetivos estratégicos) según se establecía en el Plan Estratégico. También se recomendaba dirigir las intervenciones a esos indicadores de los RPR que habían quedado a la zaga, en particular los indicadores del "número de países" que no habían alcanzado sus metas. La evaluación también reveló una ejecución presupuestaria general para el 2008–2009 de 94% ($525 millones de $559 millones) y determinó que la Organización había podido movilizar recursos financieros para colmar el 81% de la brecha inicial no financiada en contribuciones voluntarias ($281 millones de $347 millones).

92. En la sección siguiente y la figura adjunta se ilustran los resultados principales de los ejercicios de SED para el último bienio y la evaluación de mitad de período del bienio 2010-2011. Durante los ejercicios de SED, se evaluaron las 69[5] entidades de la OSP y los 16 OE, 90 RPR y 256 indicadores de los RPR del Plan Estratégico.

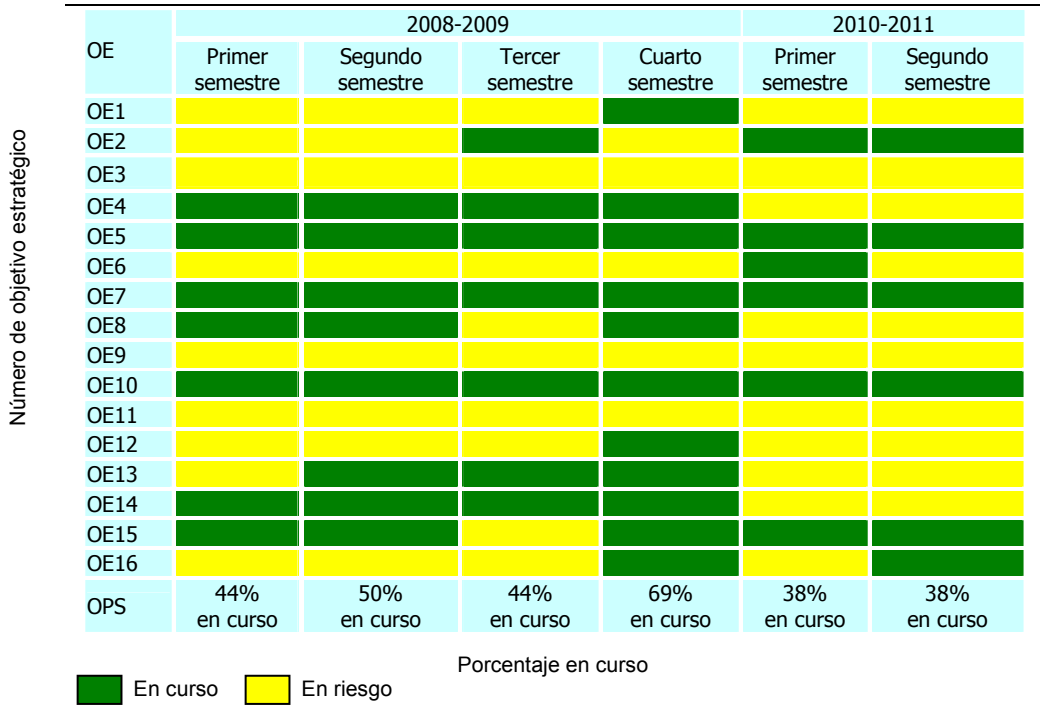
Avance hacia el logro de los Objetivos Estratégicos

93. En la figura 14 se muestra el desempeño de los OE desde el comienzo del Plan Estratégico (2008–2009) hasta el segundo semestre del bienio 2010-2011 actual. Esta figura muestra que a finales del segundo semestre del bienio actual se consideraba que 6 objetivos estratégicos (38%) estaban en curso (verde) y 10 (62%) estaban en riesgo (amarillo). No se consideró ningún objetivo estratégico con problemas (rojo). Aunque se observa una tendencia al aumento del número de OE considerados en riesgo, un análisis detallado de los RPR y de los

[5] Desde diciembre del 2008 el número de entidades se ha reducido de 79 a 69 mediante la fusión de algunas de ellas.

indicadores de RPR revela un mejoramiento de la tasa de ejecución en el transcurso del 2010 (figuras 17 y 18). El análisis completo de los diferentes OE, RPR e indicadores de los RPR se presenta en el anexo 4.

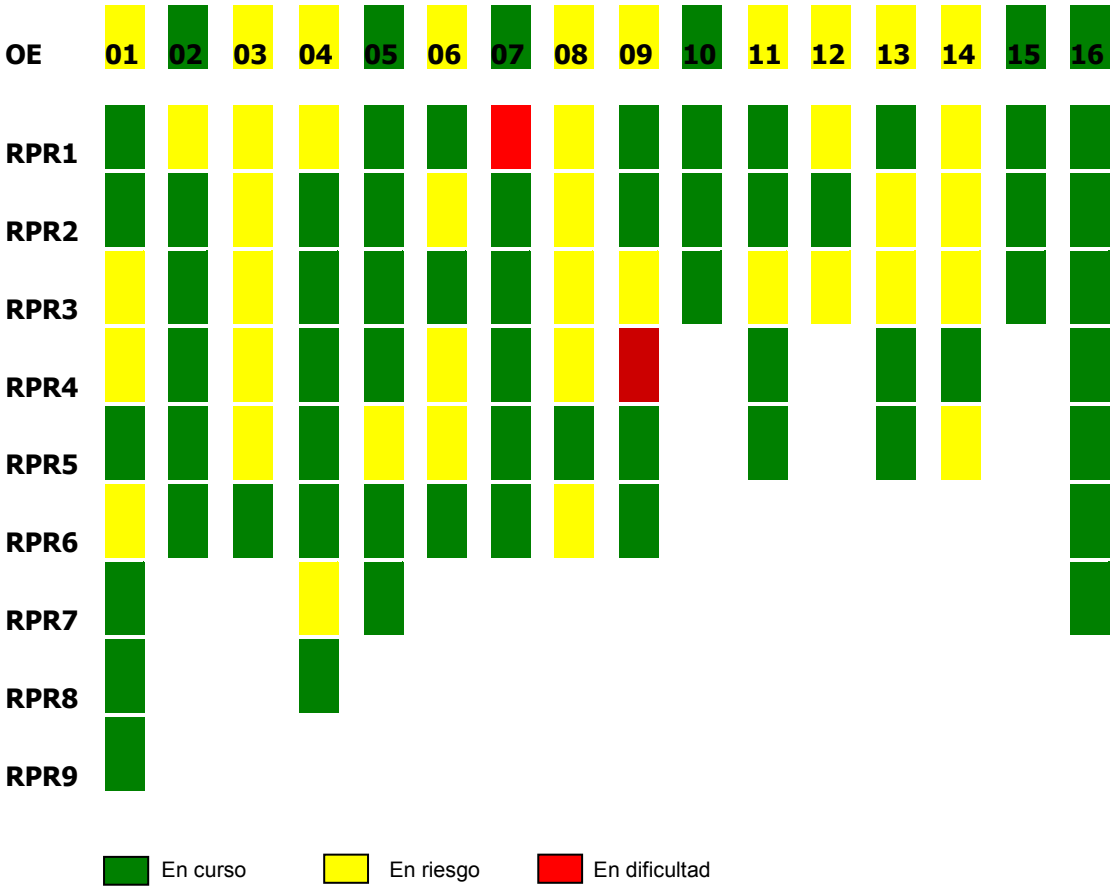
Figura 14. Avances hacia el logro de los objetivos estratégicos, 2008-2009 hasta diciembre del 2010



OE 1 Enfermedades transmisibles
OE 2 Infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles
OE 4 Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor
OE 5 Emergencias y desastres
OE 6 Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria
OE 10 Servicios de salud
OE 11 Sistemas de salud, liderazgo y gobernanza
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias
OE 13 Recursos humanos para la salud
OE 14 Protección social y financiamiento
OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS
OE 16 Una organización flexible y basada en el

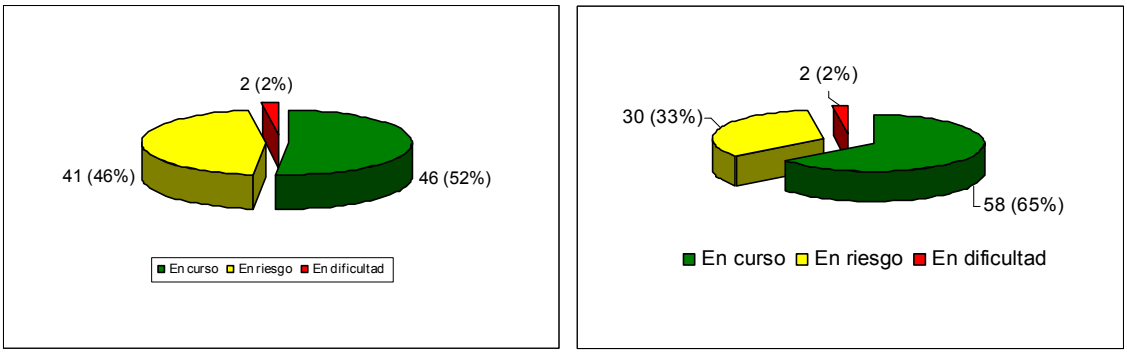
94. En la figura 15 se aprecia el estado de los resultados previstos a nivel regional al final del segundo semestre (diciembre del 2010) del bienio 2010-2011. Se puede observar que sólo dos estuvieron con problemas (en rojo). Estos son: incorporación de las determinantes de la salud en políticas y normas nacionales (RPR 7.1), y formulación y ejecución de planes de nutrición. (RPR 9.4). Actualmente se está trabajando en estos RPR con el fin de mejorar su desempeño y lograr su cumplimiento al final del ciclo de planificación actual.

Figura 15. Estado de los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional, seguimiento y evaluación correspondiente al segundo semestre del 2010-2011



95. En las figuras 16 y 17 se muestra cómo ha mejorado la tasa de ejecución de los RPR y de los indicadores de los RPR, respectivamente, desde el primer semestre hasta el segundo semestre del bienio.

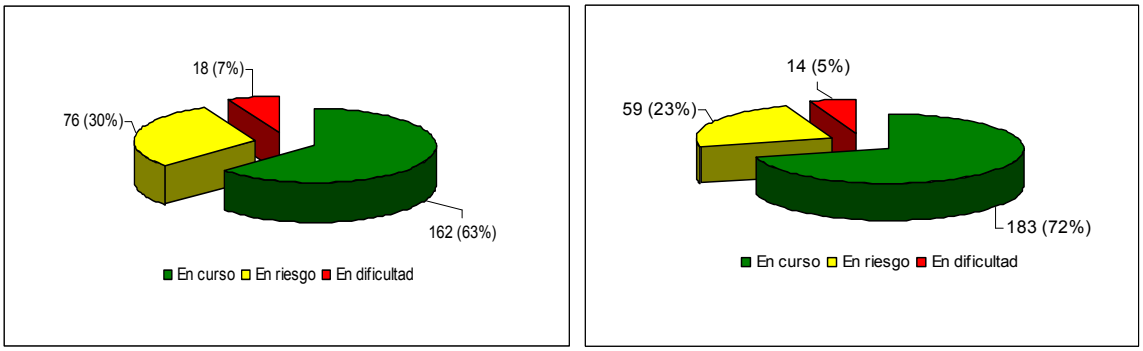
Figura 16. Avances hacia el logro de los RPR, de acuerdo al ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño, primer y segundo semestres del 2010-2011



Primer semestre

Segundo semestre

Figura 17. Avances hacia el logro de las metas de los indicadores de los RPR, de acuerdo al ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño, primer y segundo semestres del 2010-2011



Primer semestre Segundo semestre

96. A continuación figuran los logros principales para cada objetivo estratégico hasta diciembre del 2010 y en el anexo 4 se presenta un análisis completo de los diferentes objetivos estratégicos (OE), de los resultados previstos a nivel regional (RPR) y de los indicadores de los RPR.

OE1: Enfermedades transmisibles

a) Todos los países han preparado un plan de acción para fortalecer las actividades de inmunización y de vigilancia epidemiológica en los municipios y entre los grupos de población con cobertura baja y acceso difícil a los servicios de salud.

b) Los países de la Región de las Américas han interrumpido con éxito la transmisión del sarampión endémico y del virus de la rubéola, y están en proceso de recabar los datos probatorios necesarios para demostrar la eliminación de estas enfermedades. Se ha establecido un Comité Internacional de Expertos para comprobar la eliminación a nivel regional en el 2012.

c) Quince países de la región han introducido la vacuna antirrotavírica en su programa ordinario, 18 países introdujeron con éxito la vacuna antineumocócica y 5 países han incluido la vacuna contra el virus de los papilomas humanos en sus planes nacionales de vacunación.

d) Ha habido una respuesta eficaz a los brotes causados por enfermedades de importancia internacional, de conformidad con lo estipulado en el Reglamento Sanitario internacional, como el dengue en varios países centroamericanos y del Caribe, la peste neumónica en el Perú y el cólera en Haití.

e) Todos los Estados Miembros han implantado procedimientos normalizados de trabajo dentro de sus planes nacionales de preparativos contra una pandemia de gripe para los equipos de respuesta rápida.

f) Treinta y cuatro países terminaron la evaluación de la vigilancia epidemiológica y están en proceso de llevar a la práctica sus capacidades básicas de vigilancia y requisitos de respuesta de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional (2005). Además, los mecanismos de integración subregional (como CARICOM, SICA/COMISCA, CAN, MERCOSUR y UNASUR) han adoptado la ejecución del RSI en sus respectivos países miembros como un objetivo común de desarrollo.

g) Se logró un compromiso regional para ejecutar planes nacionales destinados al control o la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas, no sólo en los cuatro países destinatarios para este bienio (Brasil, Haití, Honduras y República Dominicana) sino también en otros países que se han comprometido a luchar contra las enfermedades tropicales desatendidas. Brasil y México han formulado planes integrados para el control y la eliminación de varias de estas enfermedades; el Banco Interamericano de Desarrollo, la Red Mundial para las Enfermedades Tropicales Desatendidas/Instituto de Vacunas Sabin y la OPS han dado su apoyo para las ejecución en las áreas de demostración. Guyana, Honduras, la República Dominicana y Suriname tienen iniciativas que están pasando de las políticas a la formulación de planes de acción integrados en materia de enfermedades tropicales desatendidas.

h) La Región ha sido testigo de progresos considerables en la eliminación y el control de la enfermedad de Chagas y sus principales vectores:

   i. En el transcurso del 2010 se logró la interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Honduras y Nicaragua, así como la certificación de la eliminación de *Rhodnius prolixus* en Costa Rica. La transmisión inactiva de *Trypanosoma cruzi* también se revalidó en Belice. Vale la pena señalar que en el 2009, se logró la eliminación de *Rhodnius prolixus* en El Salvador y en los estados de Chiapas y Oaxaca (México), lo que representa la eliminación del vector principal en Centroamérica y el sur de México. Además, la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans* fue interrumpida en Moquegua (Perú).

   ii. Veinte de los veintiún países donde la enfermedad de Chagas es endémica han implantado el tamizaje universal en sus bancos de sangre para detectar *Trypanosoma cruzi*.

i) La Región sigue avanzando constantemente hacia la eliminación de la oncocercosis, con la eliminación de la transmisión de la oncocercosis en dos focos en Guatemala (Escuintla y Santa Rosa) y la interrupción de la transmisión en el foco del norte de Chiapas, en México, y el foco del centro-norte de Venezuela. La vigilancia continua después del tratamiento está en curso en 5 focos: en Oaxaca y al sur de Chiapas, en México, Huehuetenango en Guatemala, y en cada uno de los focos separados en Colombia y Ecuador.

j) El ministerio de salud de Haití, con la cooperación de los asociados, trató a 3 millones de personas con los dos medicamentos utilizados para eliminar la transmisión de la filariasis linfática, a pesar del terremoto devastador de enero del 2010 y de la epidemia de cólera.

OE2: Infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

a) El 50.º Consejo Directivo (septiembre del 2010) aprobó la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita*.

b) Se han logrado descuentos de hasta 20% para los medicamentos antirretrovíricos contra la infección por el VIH/sida (los precios de referencia más bajos que pueden obtenerse en la Región) adquiridos mediante el mecanismo consolidado de compras del Fondo Estratégico de la OPS. Este mecanismo está contribuyendo a garantizar el acceso equitativo a los antirretrovíricos en la Región y su asequibilidad.

c) La Región siguió logrando avances en la reducción de la morbilidad y la mortalidad debidas a la malaria. En el 2009, el número de casos notificados se redujo en 52% (565.025 en comparación con 1.182.866 en el 2000) y el número de defunciones se redujo en 61% (144 en comparación con 371 en el 2000). De los 21 países de la Región donde la malaria es endémica, 18 registraron una disminución del número de casos en el

2009 en relación con el año 2000; ocho de estos países notificaron reducciones de más de 75%, con lo cual se alcanzaron tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, como las metas de la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo; cuatro países que registraron una disminución de 50 a 75%, también alcanzaron la meta de Hacer Retroceder el Paludismo.

d) La vigilancia de la resistencia a los antimaláricos se ha fortalecido en la Región mediante los esfuerzos de la Red Amazónica para la Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos/Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (RAVREDA/AMI) que funciona en 7 países (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Suriname).

e) Desde el 2003, se han comprometido recursos del Fondo Mundial que ascienden a $317 millones para las iniciativas de lucha contra la malaria en la Región. Trece de los veintiún países con endemicidad se han beneficiado de estos fondos por medio de subvenciones individuales para el país o de un proyecto conjunto. Hasta mayo del 2011, los países de la Región de las Américas tenían 12 subvenciones activas para combatir la malaria en 11 países, por un monto firmado o comprometido de $140 millones y un presupuesto total de $250 millones.

f) La Región de las Américas ha alcanzado las metas de los ODM relacionadas con la tuberculosis, ya que se han reducido la mortalidad y la prevalencia y ha bajado la incidencia; veintitrés países han logrado sus metas nacionales y siete más están en vías de lograrlas para 2015.

g) El plan regional para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente se está utilizando como modelo para elaborar planes nacionales en toda la Región; catorce países ya están ejecutando sus planes nacionales para ampliar la gestión programática de la tuberculosis multirresistente. Cabe señalar además que alrededor de 50% de los casos de tuberculosis multirresistente se han diagnosticado y tratado.

h) La cobertura de las pruebas de detección del VIH en pacientes que padecen de tuberculosis se ha mejorado y 73% de los casos de coinfección de tuberculosis y VIH están recibiendo tratamiento antirretrovírico.

i) Se han ampliado las actividades de control de la tuberculosis en poblaciones vulnerables y todos los países están tomando medidas para controlar la tuberculosis en las prisiones. También se han documentado experiencias exitosas de control de la tuberculosis en pueblos indígenas de cinco países.

j) Desde el comienzo del Fondo Mundial, la OPS ha apoyado el acceso de los países a los recursos y su administración de las subvenciones. El Fondo Mundial ha aprobado $307 millones en 28 subvenciones para combatir la tuberculosis en 14 países. Actualmente en la Región de las Américas hay 20 subvenciones activas en 15 países con una cantidad comprometida de $ 174.063.310 y un presupuesto total de $255.899.852.

OE3: Enfermedades crónicas no transmisibles

a) Los ministros de salud de la Región, trabajando con sus asociados principales, llegaron a un consenso y adoptaron una declaración regional sobre prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. En la declaración se define la posición de la Región de las Américas en preparación para la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades crónicas no transmisibles que se celebrará en el 2011. En esta reunión cumbre se subrayará la importancia de abordar estas enfermedades y otras cuestiones relacionadas con ellas en los programas nacionales, regionales y mundiales.

b) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó una resolución sobre salud, seguridad humana y bienestar.

c) En siete países de la Región se aplicaron las directrices para la evaluación de los programas destinados a las personas discapacitadas.

d) Se finalizó un análisis regional sobre salud bucodental.

e) Seis países de la Región ejecutaron la iniciativa "Comunidades libres de caries dental". (financiada por Colgate).

OE4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor

a) En el 2010, la Región siguió logrando avances en la reducción de la mortalidad infantil, que se redujo de 20,6 en el 2009 a 19,7 por 1.000 nacidos vivos en el 2010.

b) La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se amplió a los 6 países que tienen más zonas habitadas por poblaciones vulnerables o autóctonas.

c) Se lanzó la iniciativa interinstitucional regional para la maternidad sin riesgo en 18 países.

d) Se formularon planes de acción nacionales para la salud neonatal en 17 países en el marco del proceso continuo de la atención sanitaria.

e) La OPS, en colaboración con los asociados estratégicos (organismos de las Naciones Unidas, de la sociedad civil y de la comunidad académica), elaboró un nuevo marco conceptual para el manejo integrado de la salud del niño.

f) Se elaboró un marco conceptual sobre la salud a lo largo de la vida y sus consecuencias para la salud pública.

g) En 11 países se llevó a la práctica el *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable.*

h) Cinco países elaboraron programas centrados en los grupos de jóvenes indígenas.

OE5: Emergencias y desastres

a) Treinta y un países han actualizado sus planes nacionales de preparativos y de respuesta en caso de desastre.

b) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó el plan de acción sobre hospitales seguros.

c) Más de la mitad de los países de la Región han adoptado la iniciativa de hospitales seguros. Se preparó un índice de seguridad separado para establecimientos de salud pequeños.

d) La OPS respondió eficazmente a los terremotos de Haití y Chile.

OE6: Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo

a) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*.

b) Un total de 28 países ha ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y 9 países han aprobado leyes nacionales que prohíben fumar en los lugares públicos y los lugares de trabajo, de conformidad con este Convenio Marco.

c) Veinte países (14 del Caribe y 6 de América Latina) adoptaron los indicadores estandarizados para las enfermedades crónicas no transmisibles en sus sistemas nacionales de información sanitaria, mientras que dos subregiones (CARICOM y MERCOSUR) los incorporaron en su análisis de la situación sanitaria.

d) La OPS, en colaboración con la OEA, creó una red regional de salud de los consumidores.

e) La OPS elaboró una estrategia y plan de acción sobre la salud urbana que se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo en el 2011 para su aprobación.

f) En septiembre del 2010, el 50.° Consejo Directivo aprobó la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*. La estrategia mundial sobre el consumo de alcohol, que contó con aportes de los países de la Región, fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2010.

g) Tres países de la Región de las Américas (Brasil, Chile y México) han iniciado programas para frenar la repercusión negativa de la publicidad de alimentos dirigida a los niños y la venta de alimentos chatarra en la escuela, de conformidad con una resolución sin precedentes emanada de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2010 en la que se invita a los Estados Miembros a establecer políticas para limitar la publicidad de alimentos dirigida a los niños.

h) La iniciativa "Ciclovías recreativas", que se inició en América Latina, logró notoriedad internacional después de su presentación como símbolo de la celebración del Día Mundial de la Salud el 6 de abril del 2010.

OE7: Factores sociales y económicos determinantes de salud

a) Diecinueve países están generando y recabando datos desglosados sobre la salud y sus determinantes; desglosados en particular por áreas geográficas, administrativas y geopolíticas, así como indicadores aproximados para la situación socioeconómica y el gradiente social.

b) En una resolución del 50.º Consejo Directivo se aprobó un documento de exposición de conceptos sobre la salud y los derechos humanos (resolución CD50.R8). Este es el primer mandato intergubernamental dentro de la OPS/OMS que establece medidas con respecto al uso de instrumentos de derechos humanos para reformar los sistemas de salud.

c) En la Argentina, en diciembre del 2010, se aprobó una ley nacional sobre salud mental. En la ley se incorporaron todos los tratados de derechos humanos en los que el país es firmante, además de las normas universales y regionales sobre salud mental y discapacidad, de manera compatible con los tratados de las Naciones Unidas y la OEA.

d) Siete países elaboraron planes para impulsar la integración de la perspectiva de género en los ministerios de salud, en especial, las oportunidades de capacitación, el mejoramiento de los sistemas de información y el establecimiento de grupos intersectoriales para apoyar al ministerio de salud.

e) La iniciativa "Rostros, voces y lugares" se ejecutó en cuatro países del Caribe Oriental. Esta iniciativa se está ejecutando también en comunidades del Chaco (territorio transnacional sudamericano) mediante la cooperación técnica entre Argentina, Paraguay y Bolivia.

0E8: Entornos más saludables

a) Se preparó el documento de política regional para la formulación de políticas con fundamentos científicos para abordar el agua como un derecho humano.

b) Ecuador firmó la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, 16.ª Conferencia de las Partes (CMNUCC COP 16/CMP6), que establece el compromiso del país para abordar el cambio climático. Bolivia también ha incluido a la salud en su plan nacional de adaptación al cambio climático.

c) Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá han reempacado y almacenado con seguridad todas las reservas de DDT.

OE9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria

a) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica*.

b) Se consolidó la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo, que está funcionado en tres países.

c) En el 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe sobre los progresos realizados y una resolución sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño; la Región de las Américas aportó datos importantes para la preparación del informe.

d) En el 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre la inocuidad de los alimentos; la Región de las Américas aportó datos importantes para esta resolución y los países están aplicando normas y directrices actualizadas sobre la inocuidad de los alimentos.

OE10: Servicios de salud

a) Trece países de la Región están ejecutando reformas para fortalecer sus sistemas de salud sobre la base de la Declaración de Montevideo, un compromiso contraído en el 2005 por todos los países para desarrollar sistemas basados en la atención primaria de salud.

b) En siete países se formularon políticas y programas nacionales para llevar a la práctica las redes integradas de prestación de servicios de salud (de conformidad con la resolución CD49.R22).

c) Se está ejecutando el plan estratégico regional sobre atención y seguridad del paciente; tres países han establecido la calidad de la atención y la seguridad del paciente como la prioridad más alta, tres países están utilizando las listas de verificación prequirúrgicas; y un país estandarizó el programa "Atención limpia es atención segura" en todo el país.

d) La metodología de gestión productiva de los servicios de salud se está ejecutando en toda la Región.

OE11: Sistemas de salud, liderazgo y gobernanza

a) Se establecieron tanto la Plataforma de Información Sanitaria de la OPS como el Observatorio Regional para la Salud y están funcionando.

b) Quince países han puesto en práctica procesos para fortalecer la cobertura y la calidad de sus sistemas de información sanitaria; veintisiete países siguen progresando en la aplicación de los datos básicos regionales de salud y la iniciativa de perfiles de países,

diez países han actualizado su análisis de la situación sanitaria cada dos años, y 36 países y territorios están vigilando los ODM relacionados con la salud.

c) Se está ejecutando la política de investigación en materia de salud de la OPS, lo que comprende la elaboración de mapas de los sistemas nacionales de investigación, el diseño de iniciativas y herramientas para la transferencia de conocimientos, la formulación de políticas y programas nacionales de investigación, y una mayor participación de los países de la Región en el registro internacional de ensayos clínicos.

OE12: Productos médicos y tecnologías sanitarias

a) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó una resolución sobre el fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales.

b) Tres laboratorios de control de calidad de los medicamentos de la Región fueron precalificados como laboratorios de referencia para las Naciones Unidas.

c) En Haití, se distribuyeron medicamentos y suministros de salud pública por conducto de PROMESS para tratar 700.000 casos graves de cólera y 130.000 moderados. Se entregaron 6.000 unidades de glóbulos rojos al programa nacional de sangre; se instalaron ocho equipos de radiografía y se capacitó al personal para su operación.

d) Veintitrés países están participando en el Fondo Estratégico de la OPS y se alcanzó una cifra récord en las compras de medicamentos esenciales: $31 millones en compras para 15 Estados Miembros por conducto de este Fondo.

e) Se inauguró la plataforma regional sobre innovación, investigación, desarrollo, producción y uso de medicamentos y tecnologías sanitarias.

f) Las políticas farmacéuticas se actualizaron en dos subregiones; la estrategia regional para el uso racional de los medicamentos fue adoptada en dos países y dos países más están en proceso de adoptarla.

g) En cuatro países se evaluaron los servicios radiológicos.

h) En América Latina y el Caribe, 99,97% de la sangre se sometió a las pruebas de detección del VIH y de la hepatitis B y C.

OE13: Recursos humanos para la salud

a) Los resultados de la evaluación de las líneas de base de las 20 metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (de conformidad con la resolución CSP27.R7), realizada a nivel de país en América del Sur y el Caribe, se están utilizando para fundamentar las decisiones de política.

b) Mediante la resolución CD 50.R7, el 50.º Consejo Directivo aprobó la estrategia para el desarrollo de las competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

c) La preparación de materiales de aprendizaje para la formación de los recursos humanos de salud se amplió a través del Campus Virtual de Salud Pública, de cursos en línea (por ejemplo, por medio de 15 cursos regionales en línea impartidos y 896 profesionales capacitados), y una mayor participación en el programa de líderes de salud internacional.

OE14: Protección social y financiamiento

a) El examen, ampliación o creación de planes de protección social financiados con fondos del sector público (seguro social de salud o seguro público) se ha convertido en el elemento fundamental de las políticas y estrategias sanitarias, así como de las reformas del sector de la salud, que se están llevando a cabo en Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Perú, República Dominicana y Uruguay.

b) Once países de la Región han establecido unidades o departamentos especializados en economía de la salud en los ministerios de salud, lo que está contribuyendo a mejorar el trabajo de los ministerios en la evaluación de la sostenibilidad y el desempeño de los mecanismos de financiamiento sanitario.

c) Utilizando el marco de evaluación de la OPS (líneas de pobreza ajustadas por necesidades de salud), dos países de la Región finalizaron la evaluación de las consecuencias para la pobreza que tienen para las familias los gastos catastróficos que se ven obligadas a pagar de su propio bolsillo.

d) Diez países de la Región han superado la meta de 6% del PIB destinado al gasto público en salud; nueve de ellos tienen sistemas nacionales de atención de salud que brindan cobertura universal. En todos los países, las metas para aumentar el gasto público expresado como un porcentaje del PIB a por lo menos 6% del PIB forman parte del diálogo y el debate de políticas acerca del financiamiento de la cobertura universal. Cuatro países han incluido metas específicas a mediano plazo para los gastos públicos expresados como porcentaje del PIB en las reformas o los planes de los sistemas nacionales de salud cuyo objetivo es lograr la cobertura universal.

e) Quince países han implantado la elaboración periódica de cuentas del gasto sanitario nacional o de cuentas satélite de salud armonizadas con el sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (UN-SNA).

OE15: Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS

a) La presencia de la OPS ha aumentado en las reuniones internacionales de alto nivel como las del Grupo de Directores Regionales de las Naciones Unidas (GNUD-América Latina y el Caribe) y las del BID (reuniones anuales de las Asambleas de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Corporación Interamericana de Inversiones).

b) Se han acordado instrumentos de diálogo de política con los asociados principales (Canadá, Estados Unidos y España), lo que ha aumentado el énfasis en los programas y ha creado sinergias para mejorar la eficiencia y la eficacia a fin de salvar las brechas del Plan Estratégico de la OPS.

c) Se revitalizó el mecanismo del Foro de Asociados, lo que ha brindado la oportunidad de seguir forjando alianzas dentro del mecanismo de múltiples asociados.

d) Los recursos movilizados cubrieron el 55% del déficit de financiamiento del Programa y Presupuesto 2010-2011 a mediados del bienio (31 de diciembre del 2010).

e) Se formularon estrategias de cooperación en los países en 32 países y territorios.

f) Se formularon dos estrategias subregionales de cooperación (subregión andina y del Caribe).

OE16: Una organización flexible y basada en el aprendizaje

a) En septiembre del 2010, el 50.º Consejo Directivo aprobó el marco de gerencia basada en resultados de la OPS.

b) Los estados financieros del 2010 se prepararon por primera vez de conformidad con las IPSAS.

c) Más de 80% de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana lograron 75% o más de la ejecución programática y presupuestaria a fines del primer año del plan de trabajo bienal 2010-2011.

d) Se finalizó el panel de evaluación y de seguimiento del desempeño.

e) Las contribuciones voluntarias no destinadas a un fin específico pasaron de 11% en el 2009 a 21%.

f) Del total de los planes de aprendizaje para los recursos humanos, 90% fueron elaborados y aprobados por la Gestión Ejecutiva de la OSP.

g) El monto de los fondos de contribuciones voluntarias devueltos a los asociados se redujo a 0,25% de todos los recursos (cifra inferior a la meta de 0,7% para fines del 2011).

h) El primer informe provisional sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan Estratégico 2008-2012 se presentó al 50.º Consejo Directivo en septiembre del 2010.

Ejecución presupuestaria

97. El presupuesto ejecutado en el bienio 2008-2009 ascendió a $ 525 millones (94% de los $ 559 millones disponibles para el bienio) (véase el cuadro 10). Esta tasa de ejecución de 94% representó un aumento notable en comparación con la tasa de ejecución promedio de los dos últimos bienios (79%). La tasa de ejecución total en cada nivel de la Organización fue mayor de 90%.

98. La alta tasa de ejecución de fondos de otras fuentes (89%), en comparación con el promedio de los dos bienios anteriores (69%), refleja la programación mejorada de los recursos necesarios para el bienio, independientemente de la disponibilidad de fondos para el período completo de los proyectos. Esto permite armonizar los fondos de "otras fuentes", principalmente las contribuciones voluntarias, con el ciclo de planificación bienal.

Cuadro 11. Ejecución presupuestaria por nivel institucional y fuente de fondos, fin del bienio 2008-2009

Nivel	Fondos disponibles en el bienio (miles de US$)			Gasto (miles de US$)			Tasa de ejecución (porcentaje)		
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total
País	103.965	119.968	223.933	103.241	103.935	207.176	99	87	93
Subregional	15.276	14.576	29.852	15.116	13.428	28.544	99	92	96
Regional	158.823	146.132	304.955	157.672	131.606	289.278	99	90	95
Total	278.064	280.676	558.740	276.029	248.969	524.998	99	89	94

Nota: Las cifras no incluyen los fondos de proyectos financiados internamente por los gobiernos ni los recursos del Fondo Rotatorio, del Fondo Estratégico o de otros fondos que no estén usándose para financiar directamente el Plan Estratégico.

99. Para fines del segundo semestre del bienio 2010-2011 (diciembre del 2010), la tasa de ejecución presupuestaria general de la Organización (monto de los fondos desembolsados

dividido entre los fondos disponibles) fue de 46% ($219 millones de $482 millones), lo que indica que la OSP está ejecutando sus fondos a un ritmo apropiado (cuadro 11). Si continúa esta tasa de ejecución, se prevé que la tasa de ejecución bienal promedio se alcanzará a fines del bienio.

Cuadro 12. Ejecución presupuestaria, por fuente de fondos, al 31 de diciembre del 2010

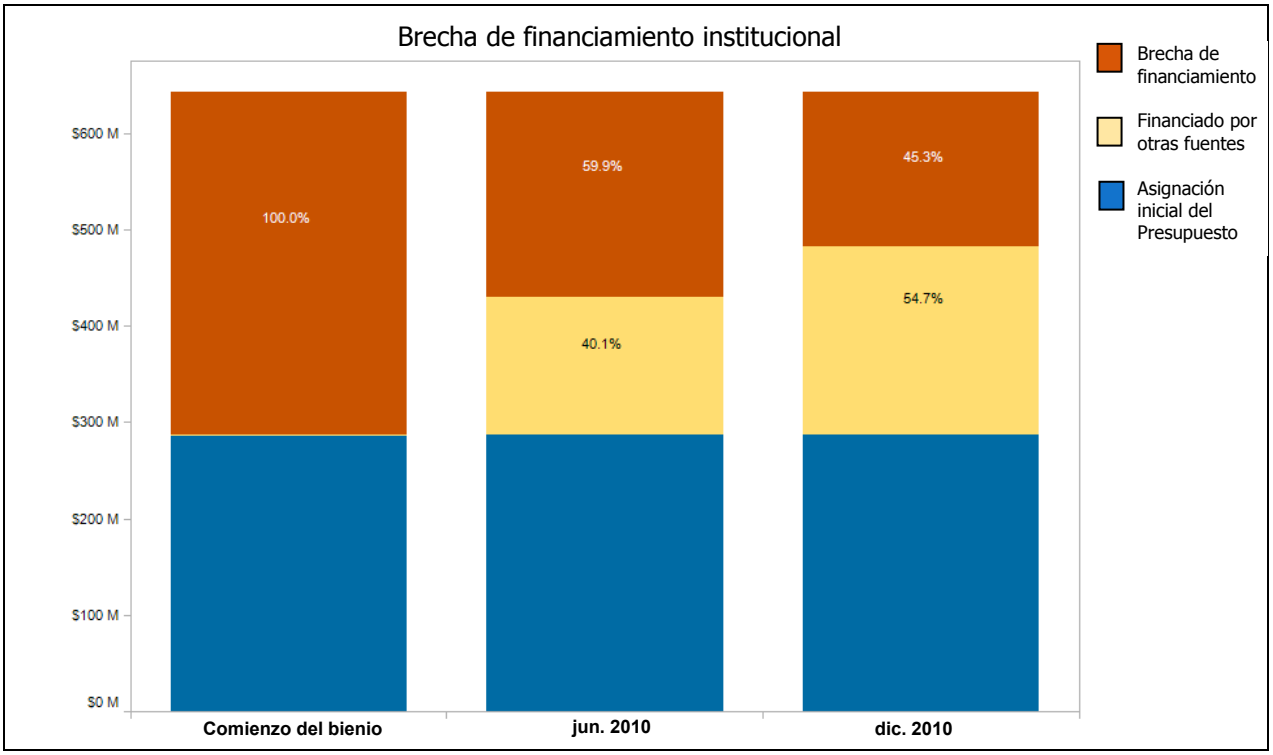
Tipo de financiamiento	Fondos totales disponibles	% ejecutado
Presupuesto ordinario	$287.100.000	40%
Otras fuentes	$194.761.974	54%
Total	$481.861.974	46%

Estado de la brecha no financiada

100. La brecha no financiada es la diferencia entre el costo planificado y los fondos totales asignados (fondos del presupuesto ordinario y fondos de otras fuentes) en cualquier momento del período de planificación. Este análisis puede realizarse para determinar los recursos necesarios del plan de trabajo bienal de una entidad dada, la OSP en su totalidad, o para un objetivo estratégico dado. Por lo tanto, esta brecha no financiada se convierte en el centro de la movilización de recursos para la Organización.

101. En la figura 18 se muestra cómo se ha reducido la brecha no financiada institucional de la OPS durante los dos primeros semestres del bienio 2010-2011. Hasta diciembre del 2010, se había cubierto el 55% ($194,8 millones) de la brecha no financiada ($355,85 millones).

Figura 18
Situación de la brecha institucional no financiada de la OPS, expresada como porcentaje de la brecha inicial no financiada, hasta diciembre del 2010
Bienio 2010-2011



	Comienzo del bienio	Primer semestre	Segundo semestre
Presupuesto ordinario	287.100.000	287.100.000	287.100.000
Recursos movilizados [a]	0	142.817.000	194.761.974
Brecha no financiada	355.851.000	213.033.569	161.089.026
Costo total planificado	**642.951.000**	**642.951.000**	**642.951.000**

[a] Excluye los proyectos internos financiados por gobiernos y los fondos de respuesta a brotes y crisis.

SIGLAS

AMRO	Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CAPI	Comisión de Administración Pública Internacional de las Naciones Unidas
CARICOM	Comunidad del Caribe
ETC	equivalente de tiempo completo
GBR	gerencia basada en resultados
MERCOSUR	Mercado Común de Sudamérica
OE	objetivo estratégico
OF	Otras fuentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PO	Presupuesto ordinario
PPF	Puestos de plazo fijo
PPRP	Política del Presupuesto Regional por Programas
PTB	Plan de Trabajo Bienal
RPEO	Resultados previstos específicos de cada oficina
RPR	Resultados previstos a nivel regional
SICA	Sistema de Integración Centroamericano
SPPA	Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
UNASUR	Unión de Naciones Sudamericanas

GLOSARIO

Brecha inicial no financiada

La diferencia entre los costos planificados para ejecutar un plan de trabajo bienal y la asignación inicial de fondos (tanto del presupuesto ordinario como de otras fuentes) para una entidad u objetivo estratégico al inicio del periodo de planificación.

Brecha no financiada

Es la diferencia entre el costo planificado y el total de los fondos asignados (tanto del presupuesto ordinario como de otras fuentes) en cualquier momento del período de planificación. Este análisis puede realizarse para determinar las necesidades en recursos del plan de trabajo bienal de una entidad, de toda la OSP o de un objetivo estratégico. Esta brecha no financiada se convierte en el centro de la movilización de recursos para la Organización.

Dólares constantes

Método de medición para calcular el precio en dólares de algo a lo largo del tiempo, ajustándolo por la *inflación* o *deflación.*

Dólares corrientes

Valor de un dólar sin ajustes por el efecto de la inflación o deflación.

Eficiencia de la fuerza laboral

Costo de la fuerza laboral expresado como porcentaje de los gastos totales.

Equivalente de tiempo completo (ETC)

Es una medida del esfuerzo de la fuerza laboral equivalente a una persona que trabaja a tiempo completo por un año. Es una manera de medir la fuerza laboral total de la OSP, incluyendo los puestos de plazo fijo financiados con el presupuesto ordinario (PO) y otras fuentes, así como otro personal contratado por medio de otros mecanismos diferentes a los puestos de plazo fijo.

No-puestos de plazo fijo (no PPF)

Personal de la OSP contratado a través de cualquier tipo de mecanismo diferente al de los puestos de plazo fijo.

Presupuesto no PPF

El presupuesto que no corresponde a los puestos de plazo fijo (no PPF) incluye todos los otros costos no relacionados con los puestos de plazo fijo. Estos pueden ser:

a) ***Actividades*** **del presupuesto no PPF:** Costo de las actividades de los programas y costos operativos (viajes, reuniones, publicaciones, cursos y seminarios, gastos generales de operación, etc.).
b) ***Personal*** **del presupuesto no PPF:** Costo de los miembros del personal de la OSP contratados a través de cualquier tipo de mecanismo diferente al de los puestos de plazo fijo.

Presupuesto de puestos de plazo fijo

Es el costo asociado con el financiamiento de los puestos de plazo fijo dentro del presupuesto ordinario de la OPS/AMRO.

Productividad de la fuerza laboral

Gasto total de la OPS/OMS por año (producción bruta) en dólares constantes por equivalente de tiempo completo.

Proporción de AMRO

Es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud.

Puestos de plazo fijo (PPF)

Son los puestos de la OSP que tienen una duración determinada sujeta a los reglamentos sobre recursos humanos de las Naciones Unidas; pueden ser financiados por el presupuesto ordinario o por otras fuentes.

Recursos movilizados

Fondos procedentes de otras fuentes destinados a colmar la brecha no financiada de una entidad u objetivo estratégico en un momento determinado. Estos fondos pueden incluir contribuciones voluntarias que la OPS recibe como resultado directo de negociaciones con asociados donantes o cualquier otro tipo de fondos movilizados para la ejecución de planes de trabajo, como los fondos para el apoyo a los programas o los que provienen del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Tasa de ejecución financiera

Total de desembolsos divididos por la asignación total de fondos.

ANEXOS

ANEXOS: 1-4

Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país

ANEXO 5

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación de finales del 2010

Anexo 1
Escenario A (aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas)*
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones			Asignaciones del país			Efecto Neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	45.320	4.312	519.000	546.000	27.000	22.688
Argentina	5.985.304	6.614.660	629.356	3.645.000	3.833.000	188.000	(441.356)
Bahamas	143.528	158.620	15.092	937.000	985.000	48.000	32.908
Barbados	111.840	123.600	11.760	632.000	665.000	33.000	21.240
Belice	41.008	45.320	4.312	790.000	831.000	41.000	36.688
Bolivia	85.744	94.760	9.016	5.529.000	5.815.000	286.000	276.984
Brasil	14.824.392	16.383.180	1.558.788	11.397.000	11.987.000	590.000	(968.788)
Canadá	25.650.504	28.347.660	2.697.156	553.000	582.000	29.000	(2.668.156)
Chile	2.000.072	2.210.380	210.308	2.471.000	2.599.000	128.000	(82.308)
Colombia	1.563.896	1.728.340	164.444	4.593.000	4.830.000	237.000	72.556
Costa Rica	348.568	385.220	36.652	2.065.000	2.172.000	107.000	70.348
Cuba	449.224	496.460	47.236	4.232.000	4.451.000	219.000	171.764
Dominica	41.008	45.320	4.312	575.000	605.000	30.000	25.688
República Dominicana	383.984	424.360	40.376	3.780.000	3.976.000	196.000	155.624
Ecuador	383.984	424.360	40.376	6.624.000	6.967.000	343.000	302.624
El Salvador	195.720	216.300	20.580	3.317.000	3.489.000	172.000	151.420
Francia	538.696	595.340	56.644	361.000	380.000	19.000	(37.644)
Granada	41.008	45.320	4.312	700.000	736.000	36.000	31.688
Guatemala	348.568	385.220	36.652	6.500.000	6.836.000	336.000	299.348
Guyana	41.008	45.320	4.312	2.155.000	2.267.000	112.000	107.688
Haití	83.880	92.700	8.820	5.619.000	5.910.000	291.000	282.180
Honduras	83.880	92.700	8.820	4.954.000	5.210.000	256.000	247.180
Jamaica	229.272	253.380	24.108	2.099.000	2.207.000	108.000	83.892
México	15.174.824	16.770.460	1.595.636	6.827.000	7.180.000	353.000	(1.242.636)
Países Bajos	167.760	185.400	17.640	361.000	380.000	19.000	1.360
Nicaragua	83.880	92.700	8.820	4.435.000	4.664.000	229.000	220.180
Panamá	303.832	335.780	31.948	1.602.000	1.685.000	83.000	51.052
Paraguay	231.136	255.440	24.304	3.182.000	3.347.000	165.000	140.696
Perú	1.030.792	1.139.180	108.388	6.398.000	6.729.000	331.000	222.612
Puerto Rico	206.904	228.660	21.756	181.000	190.000	9.000	(12.756)
Saint Kitts y Nevis	41.008	45.320	4.312	463.000	487.000	24.000	19.688
Santa Lucía	41.008	45.320	4.312	677.000	712.000	35.000	30.688
San Vicente y las Granadinas	41.008	45.320	4.312	643.000	676.000	33.000	28.688
Suriname	83.880	92.700	8.820	1.117.000	1.175.000	58.000	49.180
Trinidad y Tabago	283.328	313.120	29.792	1.614.000	1.697.000	83.000	53.208
Reino Unido	111.840	123.600	11.760	372.000	391.000	19.000	7.240
Estados Unidos	110.805.480	122.456.700	11.651.220	361.000	380.000	19.000	(11.632.220)
Uruguay	337.384	372.860	35.476	1.332.000	1.400.000	68.000	32.524
Venezuela	3.839.840	4.243.600	403.760	3.588.000	3.774.000	186.000	(217.760)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.934.000	294.000	294.000
	186.400.000	206.000.000	19.600.000	112.840.000	118.680.000	5.840.000	(13.760.000)

* Países presentados por el orden alfabético en inglés.

Anexo 2*
Escenario B (aumento de 6,7% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones			Asignaciones del país			Efecto Neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	43.736	2.728	519.000	533.000	14.000	11.272
Argentina	5.985.304	6.383.468	398.164	3.645.000	3.740.000	95.000	(303.164)
Bahamas	143.528	153.076	9.548	937.000	961.000	24.000	14.452
Barbados	111.840	119.280	7.440	632.000	648.000	16.000	8.560
Belice	41.008	43.736	2.728	790.000	811.000	21.000	18.272
Bolivia	85.744	91.448	5.704	5.529.000	5.674.000	145.000	139.296
Brasil	14.824.392	15.810.564	986.172	11.397.000	11.696.000	299.000	(687.172)
Canadá	25.650.504	27.356.868	1.706.364	553.000	567.000	14.000	(1.692.364)
Chile	2.000.072	2.133.124	133.052	2.471.000	2.536.000	65.000	(68.052)
Colombia	1.563.896	1.667.932	104.036	4.593.000	4.713.000	120.000	15.964
Costa Rica	348.568	371.756	23.188	2.065.000	2.119.000	54.000	30.812
Cuba	449.224	479.108	29.884	4.232.000	4.343.000	111.000	81.116
Dominica	41.008	43.736	2.728	575.000	591.000	16.000	13.272
República Dominicana	383.984	409.528	25.544	3.780.000	3.879.000	99.000	73.456
Ecuador	383.984	409.528	25.544	6.624.000	6.797.000	173.000	147.456
El Salvador	195.720	208.740	13.020	3.317.000	3.405.000	88.000	74.980
Francia	538.696	574.532	35.836	361.000	371.000	10.000	(25.836)
Granada	41.008	43.736	2.728	700.000	718.000	18.000	15.272
Guatemala	348.568	371.756	23.188	6.500.000	6.670.000	170.000	146.812
Guyana	41.008	43.736	2.728	2.155.000	2.212.000	57.000	54.272
Haití	83.880	89.460	5.580	5.619.000	5.767.000	148.000	142.420
Honduras	83.880	89.460	5.580	4.954.000	5.084.000	130.000	124.420
Jamaica	229.272	244.524	15.252	2.099.000	2.154.000	55.000	39.748
México	15.174.824	16.184.308	1.009.484	6.827.000	7.006.000	179.000	(830.484)
Países Bajos	167.760	178.920	11.160	361.000	371.000	10.000	(1.160)
Nicaragua	83.880	89.460	5.580	4.435.000	4.551.000	116.000	110.420
Panamá	303.832	324.044	20.212	1.602.000	1.644.000	42.000	21.788
Paraguay	231.136	246.512	15.376	3.182.000	3.266.000	84.000	68.624
Perú	1.030.792	1.099.364	68.572	6.398.000	6.566.000	168.000	99.428
Puerto Rico	206.904	220.668	13.764	181.000	185.000	4.000	(9.764)
Saint Kitts y Nevis	41.008	43.736	2.728	463.000	475.000	12.000	9.272
Santa Lucía	41.008	43.736	2.728	677.000	695.000	18.000	15.272
San Vicente y las Granadinas	41.008	43.736	2.728	643.000	660.000	17.000	14.272
Suriname	83.880	89.460	5.580	1.117.000	1.146.000	29.000	23.420
Trinidad y Tabago	283.328	302.176	18.848	1.614.000	1.656.000	42.000	23.152
Reino Unido	111.840	119.280	7.440	372.000	382.000	10.000	2.560
Estados Unidos	110.805.480	118.176.660	7.371.180	361.000	371.000	10.000	(7.361.180)
Uruguay	337.384	359.828	22.444	1.332.000	1.366.000	34.000	11.556
Venezuela	3.839.840	4.095.280	255.440	3.588.000	3.682.000	94.000	(161.440)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.790.000	150.000	150.000
	186.400.000	198.800.000	12.400.000	112.840.000	115.800.000	2.961.000	(9.439.000)

* Países presentados por el orden alfabético en inglés.

Anexo 3*
Escenario C (aumento de 0% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas
y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones señaladas			Asignaciones del país			Efecto Neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	41.008	0	519.000	510.000	(9.000)	(9.000)
Argentina	5.985.304	5.985.304	0	3.645.000	3.580.000	(65.000)	(65.000)
Bahamas	143.528	143.528	0	937.000	920.000	(17.000)	(17.000)
Barbados	111.840	111.840	0	632.000	621.000	(11.000)	(11.000)
Belice	41.008	41.008	0	790.000	776.000	(14.000)	(14.000)
Bolivia	85.744	85.744	0	5.529.000	5.431.000	(98.000)	(98.000)
Brasil	14.824.392	14.824.392	0	11.397.000	11.195.000	(202.000)	(202.000)
Canadá	25.650.504	25.650.504	0	553.000	543.000	(10.000)	(10.000)
Chile	2.000.072	2.000.072	0	2.471.000	2.427.000	(44.000)	(44.000)
Colombia	1.563.896	1.563.896	0	4.593.000	4.511.000	(82.000)	(82.000)
Costa Rica	348.568	348.568	0	2.065.000	2.028.000	(37.000)	(37.000)
Cuba	449.224	449.224	0	4.232.000	4.157.000	(75.000)	(75.000)
Dominica	41.008	41.008	0	575.000	565.000	(10.000)	(10.000)
República Dominicana	383.984	383.984	0	3.780.000	3.713.000	(67.000)	(67.000)
Ecuador	383.984	383.984	0	6.624.000	6.506.000	(118.000)	(118.000)
El Salvador	195.720	195.720	0	3.317.000	3.259.000	(58.000)	(58.000)
Francia	538.696	538.696	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Granada	41.008	41.008	0	700.000	687.000	(13.000)	(13.000)
Guatemala	348.568	348.568	0	6.500.000	6.384.000	(116.000)	(116.000)
Guyana	41.008	41.008	0	2.155.000	2.117.000	(38.000)	(38.000)
Haití	83.880	83.880	0	5.619.000	5.520.000	(99.000)	(99.000)
Honduras	83.880	83.880	0	4.954.000	4.866.000	(88.000)	(88.000)
Jamaica	229.272	229.272	0	2.099.000	2.062.000	(37.000)	(37.000)
México	15.174.824	15.174.824	0	6.827.000	6.706.000	(121.000)	(121.000)
Países Bajos	167.760	167.760	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Nicaragua	83.880	83.880	0	4.435.000	4.356.000	(79.000)	(79.000)
Panamá	303.832	303.832	0	1.602.000	1.574.000	(28.000)	(28.000)
Paraguay	231.136	231.136	0	3.182.000	3.126.000	(56.000)	(56.000)
Perú	1.030.792	1.030.792	0	6.398.000	6.285.000	(113.000)	(113.000)
Puerto Rico	206.904	206.904	0	181.000	177.000	(4.000)	(4.000)
Saint Kitts y Nevis	41.008	41.008	0	463.000	454.000	(9.000)	(9.000)
Santa Lucía	41.008	41.008	0	677.000	665.000	(12.000)	(12.000)
San Vicente y las Granadinas	41.008	41.008	0	643.000	632.000	(11.000)	(11.000)
Suriname	83.880	83.880	0	1.117.000	1.097.000	(20.000)	(20.000)
Trinidad y Tabago	283.328	283.328	0	1.614.000	1.585.000	(29.000)	(29.000)
Reino Unido	111.840	111.840	0	372.000	366.000	(6.000)	(6.000)
Estados Unidos	110.805.480	110.805.480	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Uruguay	337.384	337.384	0	1.332.000	1.308.000	(24.000)	(24.000)
Venezuela	3.839.840	3.839.840	0	3.588.000	3.525.000	(63.000)	(63.000)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.542.000	(98.000)	(98.000)
	186.400.000	186.400.000	0	112.840.000	110.841.000	(1.999.000)	(1.999.000)

Nota: se han modificado las cifras en las columnas 3, 4, 6, 7 y 8.

* Países presentados por el orden alfabético en inglés.

Anexo 4
Escenario D (aumento de 4,3% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones señaladas			Asignaciones del país			Efecto Neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	42.768	1.760	519.000	519.000	0	(1.760)
Argentina	5.985.304	4.681.152	(1.304.152)	3.645.000	3.645.000	0	1.304.152
Bahamas	143.528	120.528	(23.000)	937.000	937.000	0	23.000
Barbados	111.840	87.480	(24.360)	632.000	632.000	0	24.360
Belice	41.008	42.768	1.760	790.000	790.000	0	(1.760)
Bolivia	85.744	95.526	9.512	5.529.000	5.529.000	0	(9.512)
Brasil	14.824.392	19.325.304	4.500.912	11.397.000	11.397.000	0	(4.500.912)
Canadá	25.650.504	23.273.568	(2.376.936)	553.000	553.000	0	2.376.936
Chile	2.000.072	2.311.416	311.344	2.471.000	2.471.000	0	(311.344)
Colombia	1.563.896	2.039.256	475.360	4.593.000	4.593.000	0	(475.360)
Costa Rica	348.568	429.624	81.056	2.065.000	2.065.000	0	(81.056)
Cuba	449.224	355.752	(93.472)	4.232.000	4.232.000	0	93.472
Dominica	41.008	42.768	1.760	575.000	575.000	0	(1.760)
República Dominicana	383.984	499.608	115.624	3.780.000	3.780.000	0	(115.624)
Ecuador	383.984	501.552	117.568	6.624.000	6.624.000	0	(117.568)
El Salvador	195.720	221.616	25.896	3.317.000	3.317.000	0	(25.896)
Francia	538.696	425.736	(112.960)	361.000	361.000	0	112.960
Granada	41.008	42.768	1.760	700.000	700.000	0	(1.760)
Guatemala	348.568	326.592	(21.976)	6.500.000	6.500.000	0	21.976
Guyana	41.008	42.768	1.760	2.155.000	2.155.000	0	(1.760)
Haití	83.880	66.096	(17.784)	5.619.000	5.619.000	0	17.784
Honduras	83.880	99.144	15.264	4.954.000	4.954.000	0	(15.264)
Jamaica	229.272	180.792	(48.480)	2.099.000	2.099.000	0	48.480
México	15.174.824	16.098.264	923.440	6.827.000	6.827.000	0	(923.440)
Países Bajos	167.760	132.192	(35.568)	361.000	361.000	0	35.568
Nicaragua	83.880	66.096	(17.784)	4.435.000	4.435.000	0	17.784
Panamá	303.832	307.152	3.320	1.602.000	1.602.000	0	(3.320)
Paraguay	231.136	180.792	(50.344)	3.182.000	3.182.000	0	50.344
Perú	1.030.792	1.337.472	306.680	6.398.000	6.398.000	0	(306.680)
Puerto Rico	206.904	163.296	(43.608)	181.000	181.000	0	43.608
Saint Kitts y Nevis	41.008	42.768	1.760	463.000	463.000	0	(1.760)
Santa Lucía	41.008	42.768	1.760	677.000	677.000	0	(1.760)
San Vicente y las Granadinas	41.008	42.768	1.760	643.000	643.000	0	(1.760)
Suriname	83.880	66.096	(17.784)	1.117.000	1.117.000	0	17.784
Trinidad y Tabago	283.328	349.920	66.592	1.614.000	1.614.000	0	(66.592)
Reino Unido	111.840	89.424	(22.416)	372.000	372.000	0	22.416
Estados Unidos	110.805.480	115.561.080	4.755.600	361.000	361.000	0	(4.755.600)
Uruguay	337.384	416.016	78.632	1.332.000	1.332.000	0	(78.632)
Venezuela	3.839.840	4.249.584	409.744	3.588.000	3.588.000	0	(409.744)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.640.000	0	0
	186.400.000	194.400.000	8.000.000	112.840.000	112.840.000	0	(8.000.000)

∗ Países presentados por el orden alfabético en inglés.
Nota: este escenario ha sido modificado en su totalidad para mostrar un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas.

Anexo 5
Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 (clasificación por OE, RPR e indicador de los RPR[6])

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones[7]
OE 1	1.1	1.1.1	Este OE tiene un total de 22 indicadores, de los cuales 19 son indicadores de tipo número de países. Tiene dos indicadores de mantenimiento. Las metas del 2013 para dos indicadores se habían logrado a finales del 2009, pero dos países descendieron con respecto a la línea de base de 2007 en un indicador (1.3.2-rabia). Vale la pena observar la reemergencia de ciertas enfermedades transmisibles como el dengue, el impacto de los desastres naturales y los efectos asociados con el cambio climático. En el 2008–2009, este OE obtuvo $75,1 millones (86%) de su programa y presupuesto ($86,6 millones), de los cuales 72% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 96%, y se logró el 75% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, se había entregado al OE el 86% de su programa y presupuesto ($79 millones de $87,9 millones); su ejecución presupuestaria fue de 58% y 73% de los indicadores de RPR están en curso. Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), de los recursos movilizados y de la prioridad (número 2) de este OE en el Plan Estratégico (PE), es razonable recomendar un aumento del PP para el 2012–2013 levemente superior a los niveles del 2010–2011, para asegurar que se alcancen las metas del 2013. **Se sugiere que los recursos asciendan a $90,5 millones, en conformidad con la cantidad planificada para el 2010–2011.**
Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles		1.1.2	
		1.1.3	
		1.1.4	
	1.2	1.2.1	
		1.2.2	
	1.3	1.3.1	
		1.3.2	
		1.3.3	
		1.3.4	
		1.3.5	
	1.4	1.4.1	
		1.4.2	
		1.4.3	
	1.5	1.5.1	
	1.6	1.6.1	
		1.6.2	
	1.7	1.7.1	
		1.7.2	
		1.7.3	
	1.8	1.8.1	
	1.9	1.9.1	

[6] Código de colores: verde, en curso; amarillo, en riesgo; rojo, con dificultades.
[7] Criterios: tasa de ejecución (presupuestaria y programática en 2008–2009 y 2010–2011, según el ejercicio SED), la asignación de prioridades en el Plan Estratégico, la contribución a los ODM y a la Agenda de Salud para las Américas y otros compromisos (es decir, compromisos regionales y mundiales) e importancia en las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP).

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 2	2.1	2.1.1	Este OE tiene 24 indicadores, de los cuales 22 son indicadores de tipo número de países. Tiene cinco indicadores de mantenimiento. En el 2008–2009, este OE obtuvo $34,9 millones (46%) de su PP ($75,1 millones), de los cuales 76% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 93%, y se logró el 89% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, se había entregado al OE la cantidad de $19,7 millones (26,2%) de su PP ($75,1 millones); su ejecución presupuestaria fue de 47% y 96% de los indicadores de RPR están en curso. Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), y los recursos movilizados en el bienio anterior y en el actual, se concluye que el presupuesto para este OE se sobreestimó desde el bienio 2008–2009. Además, la tasa de movilización de recursos para este OE ha sido baja. También debe considerarse el financiamiento disponible a través de otros mecanismos (como por ejemplo, el Fondo Mundial) y de las alianzas establecidas. Sobre la base de lo anterior, es razonable reducir el PP para este OE en el bienio 2012-13 a una cantidad más realista **(se recomienda la cantidad de $56,1 millones).** Esta cantidad considera la importancia de este OE (prioridad 3 en el PE), su contribución al ODM 6 y una tendencia hacia la reducción en el futuro de los fondos que están al alcance de los países procedentes de otras fuentes (como por ejemplo el Fondo Mundial). Teniendo en cuenta esta situación, la Organización tendrá que asignar los recursos necesarios para mantener la tasa de ejecución programática con miras a lograr los objetivos del 2013 estipulados de conformidad con este OE.
Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria		2.1.2	
		2.1.3	
		2.1.4	
		2.1.5	
		2.1.6	
		2.1.7	
	2.2	2.2.1	
		2.2.2	
	2.3	2.3.1	
		2.3.2	
		2.3.3	
	2.4	2.4.1	
		2.4.2	
		2.4.3	
		2.4.4	
		2.4.5	
		2.4.6	
	2.5	2.5.1	
		2.5.2	
		2.5.3	
		2.5.4	
	2.6	2.6.1	
		2.6.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*			
OE	**RPR**	**Ind. RPR**	**Observaciones y recomendaciones**
OE 3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	3.1	3.1.1	Este OE tiene 27 indicadores, de los cuales 26 son indicadores del tipo número de países. Este OE tiene el mayor número de indicadores de RPR en riesgo y en dificultad. En el 2008–2009, este OE obtuvo ($21 millones), es decir 75% de su PP ($28 millones), de los cuales 40% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 90%, y se logró el 96% de las metas del indicador de RPR de 2009. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 54% de su PP ($17,4 millones de $31,9 millones), su ejecución presupuestaria fue de 45% y 48% de los indicadores de RPR estaban en curso. Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), de los retos para lograr las metas, considerando la prioridad de ese OE en el PE (número 4) y el hecho de que las enfermedades crónicas no transmisibles representan un importante reto en la Región, el presupuesto para este OE debe aumentarse en el bienio 2012–2013 **(se sugiere la cantidad de $36 millones).** Aunque este OE no está directamente relacionado con los ODM, el reconocimiento por los Estados Miembros de la carga que estas enfermedades representan en la Región ha hecho que este tema se trate en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
		3.1.2	
		3.1.3	
		3.1.4	
		3.1.5	
	3.2	3.2.1	
		3.2.2	
		3.2.3	
		3.2.4	
		3.2.5	
		3.2.6	
		3.2.7	
	3.3	3.3.1	
		3.3.2	
		3.3.3	
		3.3.4	
		3.3.5	
	3.4	3.4.1	
		3.4.2	
		3.4.3	
		3.4.4	
		3.4.5	
	3.5	3.5.1	
		3.5.2	
		3.5.3	
	3.6	3.6.1	
		3.6.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 4	4.1	4.1.1	Este OE tiene un total de 15 indicadores, de los cuales 13 son indicadores del tipo número de países. En el bienio 2008–2009, este OE obtuvo $24,7 millones (67%) de su PP ($37,2 millones), de los cuales 54% procedían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 85%, y se alcanzó el 100% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 56% de su PP ($21,35 millones de $37,1 millones), su ejecución presupuestaria fue de 59% y 73% de sus indicadores de RPR estaban en curso. En consideración de lo anterior y de que la prioridad de este OE es 1 en el PE, su contribución a los ODM 4 y 5, y la solicitud de los Estados Miembros de lograr la convergencia entre la asignación presupuestaria y las prioridades programáticas, el PP para este OE en el 2012–2013 debe aumentarse **(se sugiere la cantidad de $42,5 millones)**. Habida cuenta de este aumento y de la importancia de los problemas públicos abordados en este OE, la Organización tendrá que aumentar los esfuerzos para mejorar la tasa de ejecución en el bienio actual y en el próximo, a fin de asegurar que los recursos se ejecuten plenamente y que se alcancen las metas del 2013. Dada su prioridad, este OE debe tener el aumento porcentual más alto.
Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas		4.1.2	
		4.1.3	
	4.2	4.2.1	
		4.2.2	
	4.3	4.3.1	
	4.4	4.4.1	
		4.4.2	
	4.5	4.5.1	
		4.5.2	
	4.6	4.6.1	
		4.6.2	
	4.7	4.7.1	
		4.7.2	
	4.8	4.8.1	
OE5	5.1	5.1.1	Este OE tiene 17 RPR indicadores, de los cuales 6 son indicadores del tipo número de países; 9 son indicadores de mantenimiento. En el 2008–2009, este OE obtuvo $49,3 millones, 41% de su PP (provenientes de fondos movilizados para responder a emergencias en la Región), de los cuales 92% procedían de otras fuentes. Se alcanzó su ejecución presupuestaria y se logró el 100% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 65% de su PP ($22,7 millones de $35 millones); había logrado una ejecución presupuestaria de 75% y se considera que 88% de sus indicadores de RPR están en curso. Otros $27,1 millones entregados provenían de fondos de los recursos del capital ordinario (RCO). Basado en el anterior y en el hecho de que este OE se beneficia de los fondos para respuesta a brotes y crisis, el presupuesto puede permanecer al mismo nivel del bienio 2010–2011 **($35 millones)**.
Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico		5.1.2	
		5.1.3	
	5.2	5.2.1	
		5.2.2	
	5.3	5.3.1	
		5.3.2	
	5.4	5.4.1	
		5.4.2	
	5.5	5.5.1	
		5.5.2	
		5.5.3	
	5.6	5.6.1	
		5.6.2	
		5.6.3	
	5.7	5.7.1	
		5.7.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 6	6.1	6.1.1	Este OE tiene 14 indicadores de RPR y todos son indicadores de tipo número de países; 1 indicador ya ha logrado el objetivo del 2013. En el 2008–2009, este OE obtuvo $14,2 millones (89%) de su PP ($16 millones), de los cuales 56% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 93%, y se alcanzó el 60% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, se había entregado a este OE 69% de su PP ($11 millones de $15,96 millones); había alcanzado una ejecución presupuestaria de 53% y 57% de sus indicadores de RPR estaban en curso. Este OE afrontará dificultades en el plan de trabajo bienal actual y futuro para mantener los logros y alcanzar las metas futuras (especialmente en el área de control del tabaco). Además, debido a que complementa al OE 3 (prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles), se recomienda que se apruebe un aumento leve en el bienio 2012–2013 (**$ 17 millones)**.
Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud		6.1.2	
		6.1.3	
	6.2	6.2.1	
		6.2.2	
		6.2.3	
	6.3	6.3.1	
		6.3.2	
		6.3.3	
		6.3.4	
	6.4 6.5	6.4.1	
		6.5.1	
		6.5.2	
	6.6	6.6.1	
OE7	7.1	7.1.1	Este OE tiene 12 indicadores de RPR, de los cuales 10 son indicadores del tipo número de países; 1 indicador ya ha logrado la metra del 2013. En el 2008–2009, este OE obtuvo $17,4 millones (100%) de su PP, de los cuales el 58% provenía de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 95%, y se había alcanzado el 94% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, se había entregado a este OE, 61% de su PP ($12,7 millones de $20,96 millones); había alcanzado una ejecución presupuestaria de 70%, y 83% de sus indicadores de RPR estaban en curso. En particular, se considera que dos de los indicadores están en dificultad (el 7.1.1, ejecución de las estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y el 7.6.3, la salud de grupos étnicos y raciales). Sobre la base de lo anterior, de la prioridad de este OE (5), del hecho de que aborda cuestiones de salud transversales (determinantes de salud) del Plan Estratégico, y su importancia dentro de la Agenda de Salud para las Américas (área de acción 2), es razonable recomendar un aumento del PP para el 2012-2013 **(se sugiere la cantidad de $22,7 millones)**. Este OE se considera una de las prioridades máximas en las Estrategias de Cooperación en los Países.
Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	7.2	7.2.1	
		7.2.2	
		7.2.3	
	7.3	7.3.1	
	7.4	7.4.1	
	7.5	7.5.1	
		7.5.2	
		7.5.3	
	7.6	7.6.1	
		7.6.2	
		7.6.3	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 8 Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	8.1	8.1.1	Este OE tiene 13 indicadores de RPR, de los cuales 5 son indicadores de tipo número de países. Este OE tenía el mayor número de indicadores de RPR en riesgo en diciembre del 2010 (según el SED). En el 2008–2009, este OE obtuvo $19,1 millones (76%) de su PP ($25 millones), de los cuales 31% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 91%, y se había alcanzado el 84% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 79% de su PP ($19,8 millones de $24,93 millones); su ejecución presupuestaria fue de 53% y 31% de sus indicadores de RPR estaban en curso. Teniendo en cuenta las dificultades para mantener los logros y alcanzar las metas futuras para este OE (de acuerdo con el ejercicio de SED realizado en diciembre del 2010), y considerando la repercusión de los desastres y las cuestiones climáticas asociadas, así como su contribución al ODM 7, se justifica un aumento de su PP 2012-2013 **(se recomienda la cantidad de $26,5 millones).**
		8.1.2	
		8.1.3	
		8.1.4	
	8.2	8.2.1	
	8.3	8.3.1	
		8.3.2	
	8.4	8.4.1	
		8.4.2	
	8.5	8.5.1	
		8.5.2	
	8.6	8.6.1	
		8.6.2	
OE 9 Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	9.1	9.1.1	Este OE tiene 14 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. Hay 1 indicador de mantenimiento. En el 2008-2009, este OE obtuvo $15,8 millones (75%) de su PP ($21 millones), de los cuales 35% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 97% y se alcanzó el 76% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido $19,3 millones (92% de su PP $20,94 millones); su ejecución presupuestaria fue de 43% y 64% de los indicadores de RPR estaban en curso. Sobre la base de lo anterior, y de las dificultades afrontadas para el logro de algunas de las metas del indicador de RPR, la contribución de este OE al ODM 1 (mediante el establecimiento de la Alianza Panamericana para la Nutrición y Desarrollo, para los ODM) y el hecho de que la Organización es el principal actor que se ocupa del área de inocuidad de los alimentos y nutrición, se recomienda un aumento del PP para este OE **($22,5 millones).**
		9.1.2	
	9.2	9.2.1	
	9.3	9.3.1	
		9.3.2	
		9.3.3	
	9.4	9.4.1	
		9.4.2	
		9.4.3	
		9.4.4	
		9.4.5	
	9.5	9.5.1	
		9.5.2	
	9.6	9.6.1	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE10	10.1	10.1.1	Este OE tiene siete indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. En el bienio 2008–2009, este OE obtuvo $34,4 millones, 7% más con respecto a su PP ($32 millones), de los cuales 63% procedían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 85% y se alcanzó el 80% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 42% de su PP ($16,95 millones de $40 millones); la ejecución presupuestaria fue de 46%, y 86% de los indicadores de RPR estaban en curso. Sobre la base de lo anterior, es razonable mantener el mismo nivel del PP en el bienio 2012–2013 **($40 millones)** para este OE. Aunque este OE tiene la prioridad 7 en el Plan Estratégico, los países han determinado que es una de las prioridades principales en sus Estrategias de Cooperación en los Países. Por otro lado, este OE está directamente relacionado con 3 de las 8 áreas de acción en la Agenda de Salud para las Américas.
Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud		10.1.2	
		10.1.3	
		10.1.4	
	10.2	10.2.1	
		10.2.2	
	10.3	10.3.1	
OE11	11.1	11.1.1	Este OE tiene 14 indicadores de RPR, de los cuales 12 son indicadores de tipo número de países; 1 es un indicador de mantenimiento. En el 2008–2009, este OE obtuvo $31,1 millones (89%) de su PP ($35 millones), de los cuales 42% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 97% y se había alcanzado el 71% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 71% de su PP ($30,6 millones de $42,84 millones); la ejecución presupuestaria fue de 50% y 86% de los indicadores de RPR estaban en curso. Basado en lo anterior, es razonable mantener el mismo nivel del PP para este OE (prioridad 11) en el bienio 2012–2013. Este OE también complementa al OE 10 (servicios de salud), al OE 13 (recursos humanos para la salud) y al OE 14 (protección social y financiamiento sanitario).
Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud		11.1.2	
	11.2	11.2.1	
		11.2.2	
	11.3	11.3.1	
		11.3.2	
		11.3.3	
		11.3.4	
	11.4	11.4.1	
		11.4.2	
	11.5	11.5.1	
		11.5.2	
		11.5.3	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 12 Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	12.1	12.1.1	Este OE tiene 9 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. Un indicador ya logró el objetivo del 2013. En el 2008–2009, este OE obtuvo $19,2 millones (87%) de su PP ($22 millones), de los cuales 69% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 90% y se alcanzó el 88% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 103% de su PP ($19,45 millones en comparación con $18,96 millones). Había logrado una ejecución presupuestaria de 57%, y 67% de los indicadores de RPR estaban en curso. El presupuesto de este OE para el bienio 2010–2011 fue reducido en alrededor de 14%, en comparación con su presupuesto para el 2008–2009. Sobre la base del nivel de movilización de recursos y la tasa de ejecución en 2010–2011, se concluye que el financiamiento para este OE fue insuficiente en el bienio 2010–2011. En consecuencia, se recomienda un aumento presupuestario leve para el 2012–2013 **($20 millones)**. Este OE tiene relación con el área de acción 7, "Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología", de la Agenda de Salud para las Américas.
		12.1.2	
		12.1.3	
		12.1.4	
		12.1.5	
	12.2	12.2.1	
		12.2.2	
	12.3	12.3.1	
		12.3.2	
OE 13 Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	13.1	13.1.1	Este OE tiene 13 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. En el 2008–2009, este OE obtuvo $14,8 millones (64%) de su PP ($23 millones), de los cuales 41% provenía fue de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 92% y se alcanzó el 68% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 61% de su PP ($12,26 millones de $19,95 millones); su ejecución presupuestaria fue de 57% y 69% de los indicadores de RPR están en curso. Considerando los retos que ha afrontado este OE para alcanzar sus metas (según la evaluación de final del bienio 2008-2009 y el SED de diciembre del 2010) y su prioridad en el PE (6), se recomienda aumentar su PP en el bienio 2012–2013 **($21,5 millones).** El PP de este OE se redujo de $23 millones en el 2008–2009 a unos $20 millones en el 2010–2011. Este OE también está relacionado con el área de acción 6, "Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud", de la Agenda de Salud para las Américas.
		13.1.2	
	13.2	13.2.1	
		13.2.2	
	13.3	13.3.1	
		13.3.2	
	13.4	13.4.1	
		13.4.2	
		13.4.3	
		13.4.4	
		13.4.5	
	13.5	13.5.1	
		13.5.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE14 Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	14.1	14.1.1	Este OE tiene 10 indicadores de RPR; de los cuales 9 son indicadores de tipo número de países. Hasta el ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño (SED) de diciembre del 2010, este OE tenía el segundo mayor número de indicadores de RPR en riesgo. En el 2008–2009, este OE obtuvo $4,9 millones (32%) de su PP ($15 millones), de los cuales 23% provenían de otras fuentes (el OE depende principalmente de los fondos del presupuesto ordinario). Su ejecución presupuestaria fue de 94% y se alcanzó el 77% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 50% de su PP ($5 millones de $10,27 millones); su ejecución presupuestaria fue de 50% y solo 20% de sus indicadores de RPR están en curso. Considerando los retos que este OE ha tenido que afrontar para alcanzar sus metas, el hecho de que complementa al OE10 (servicios de salud) y su contribución a la Agenda de Salud para las Américas (área de acción 3, "Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad"), se recomienda que el PP de este OE se aumente en el bienio 2012–2013 **(se propone la cantidad de $10,2 millones)**.
	14.2	14.2.1	
		14.2.2	
		14.2.3	
	14.3	14.3.1	
		14.3.2	
		14.3.3	
	14.4	14.4.1	
		14.4.2.	
	14.5	14.5.1	
OE15 Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas	15.1	15.1.1	Este OE cubre funciones habilitadoras para apoyar el logro de otros OE. Tiene 15 indicadores de RPR; de los cuales 4 son de tipo número de países. En el bienio 2008-2009, este OE obtuvo $69.7 millones; su implementación presupuestaria fue de 98% y se logró el 90% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, había recibido 83% de su presupuesto aprobado ($61,8 millones de $74,9 millones); su ejecución presupuestaria era de 58% y 80% de los indicadores de RPR estaban en curso (verde). No se propone ningún cambio en el PP para este OE.
		15.1.2	
		15.1.3	
		15.1.4	
		15.1.5	
	15.2	15.2.1	
		15.2.2	
		15.2.3	
		15.2.4	
		15.2.5	
		15.2.6	
	15.3	15.3.1	
		15.3.2	
		15.3.3	
		15.3.4	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación a fines del año 2010 *(cont.)*

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE16 Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	16.1	16.1.1	Este OE tiene 30 indicadores de RPR y cubre las funciones habilitadoras para apoyar la consecución de los OE 1 al 15. Este OE no tiene indicadores de RPR tipo número de países. En el bienio 2008-2009, este OE obtuvo $113,1 millones, su implementación presupuestaria fue de 98% y se logró el 94% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, había recibido $99,3 millones; su ejecución presupuestaria era de 56% y 90% de los indicadores de RPR estaban en curso (verde). Se sugiere reducir el PP para este OE, a fin de disminuir el presupuesto asignado a funciones de acuerdo a la meta establecida en el Plan Estratégico (reducir a 15% el presupuesto de este OE en relación al total del presupuesto para el año 2013).
		16.1.2	
		16.1.3	
		16.1.4	
		16.1.5	
	16.2	16.2.1	
		16.2.2	
		16.2.3	
		16.2.4	
		16.2.5	
		16.2.6	
	16.3	16.3.1	
		16.3.2	
		16.3.3	
		16.3.4	
		16.3.5	
	16.4	16.4.1	
		16.4.2	
		16.4.3	
	16.5	16.5.1	
		16.5.2	
		16.5.3	
		16.5.4	
		16.5.5	
	16.6	16.6.1	
		16.6.2	
		16.6.3	
		16.6.4	
		16.6.5	
		16.6.6	

- - -